

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Oya Sevcan ORAK

**Samsun
Haziran-2011**

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI

**KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE
BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİNİN
BELİRLENMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Oya Sevcan ORAK

Danışman: Yrd. Doç.Dr.Serap SEZGİN

**Samsun
Haziran-2011**

T.C.

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Bu çalışma jürimiz tarafından **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği** Programında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

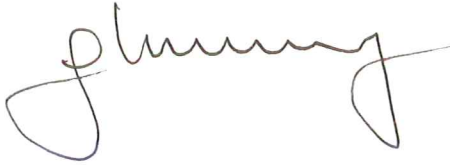
Başkan: Prof. Dr. Yüksel KESİM

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Gökhan SARISOY

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi



Tezin Adı: Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi

Tezi Teslim Eden: Oya Sevcan ORAK

Tez Savunma Sınav Tarihi: 15.07.2011

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Serap SEZGİN

Bu tez, Enstitü Yönetim Kurul'unca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüştür.

Prof. Dr. Süleyman KAPLAN

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca bana rehberlik eden, yardımını ve desteğini esirgemeyen sayın hocam Yrd. Doç. Dr. Serap Sezgin'e,

Tezimde istatistik konusunda önemli önerileri ile çalışmama yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen Prof. Dr. Yüksel Bek'e ve Yrd. Doç. Dr. Leman Tomak'a,

Çalıştığım kurumda her zaman bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen başhemşire yardımcısı Selfet Keleşoğlu'na ve tüm mesai arkadaşlarıma,

Çalışmama katılarak tezimin verilerini sağlayan araştırma grubundaki tüm kanser hastası ailelerine çok teşekkür ediyorum.

Hayatımın her alanında özverili desteğini, sabrını ve sevgisini bana hissettirerek özgüven duygumu pekiştiren, her zaman gurur duyduğum annem Sevinç Avcı'ya, babam Hasan Avcı'ya ve varlığından her zaman mutluluk duyduğum kardeşim Merve Avcı'ya, yüksek lisans eğitimim boyunca özverisi ve sabrı ile her zaman desteğini hissettiğim sevgili eşim Ömer Orak'a, tez hazırlama sürecim boyunca çalışmam için zaman ayırmamda yardımcı olan canım arkadaşım ve meslektaşım Nermin Hacıoğlu'na ve tezimin başlangıç aşamasından beri bilgisini ve görüşlerini benimle paylaşarak yardımını esirgemeyen arkadaşım ve meslektaşım Sevgi Dinç'e çok teşekkür ediyorum.

Oya Sevcan Orak

Samsun, 2011

ÖZET

KANSER HASTASINA BAKIM VEREN AİLE BİREYLERİNİN BAKIM VERME YÜKLERİNİN BELİRLENMESİ

Bu çalışma, kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik etkilenimlerini ve bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özellikleri ile bu özelliklerin bakıcı yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Araştırmanın evrenini, 02 Ocak 2011-02 Mart 2011 tarihleri arasında Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Servisinde yatarak tedavi alan kanser hastalarına primer bakım veren 273 aile bireyi oluşturmuştur. Win Episcopo 2,0 programıyla örneklem büyüklüğü minimum 160 olarak belirlenmiş, araştırma kapsamına belirlenen tarihler arasında serviste tedavi alan kanser hastalarının primer bakıcısı olan, araştırmadan dışlanmasını gerektirecek bir nedeni olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden tüm aile bireyleri (195 kişi) alınmıştır. Verilerin toplanmasında hastayla ilgili bilgilerinde yer aldığı soru formu ve “Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe’ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenirlik çalışması İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Veriler bilgisayarda SPSS 17,0 paket programı ile değerlendirilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde; Tanımlayıcı istatistikler, Spearman korelasyon analizi, Kruskal Wallis ve Mann-Whitney U testleri kullanılmıştır.

Araştırmadan elde edilen verilere göre; Araştırmaya dahil edilen bakım verenlerin yaş ortalaması $37,24 \pm 11,68$ olup, %56,4’ünün kadın olduğu ve %71,3’ünün evli olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %43,6’sının hastanın çocuğu olduğu ve %71,3’ünün çalışmadığı, %49,2’sinin ise eğitim durumunun ilköğretim olduğu saptanmıştır. Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin Bakım Verme Yükü Ölçeği’ne göre puan ortalaması $39,02 \pm 18,44$ (14-88) olarak elde edilmiştir.

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin eğitim düzeyinin ($p < 0,01$), hastaya bakım verme sürelerinin ($p < 0,001$), hastanın cinsiyetinin ($p < 0,05$), hastaların

yardımsız tuvalete gidebilmesinin ($p<0,001$), idrarını ($p<0,001$) ve dışkısını kontrol edebilmesinin ($p<0,001$) bakım yükünü (bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler) etkilediği bulunmuştur. Hastanın yaşı ve bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü ölçek puanı arasındaki ilişkinin önemli olmadığı, bakım verenin cinsiyeti ve medeni durumunun bakım yükünü etkilemediği bulunmuştur ($p>0,05$).

Bu konuda hemşirelerin kanserli hastalara bakım veren aile bireylerinin yaşayabileceği güçlüklerle, bakım yüküne ve diğer sorunlara ilişkin farkındalık oluşturmaları ve onların sorunlarını göz ardı etmemesi önerilmektedir.

Oya Sevcan ORAK, Yüksek Lisans Tezi
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun, Haziran-2011

ABSTRACT

**THE INVESTIGATION OF CAREGIVER BURDEN IN FAMILY
MEMBERS OF CANCER PATIENTS**

The study aimed to investigate physical, social, emotional and economical affection of family members caring cancer patients and socio-demographic characteristics of family caregiver and the relationship between these features and caregiver burden.

Study population includes 273 primary family caregivers of cancer patients receiving inpatient treatment at Samsun Mehmet Aydın Training and Research Hospital, Radiation Oncology Service between 02 January 2011 and 02 March 2011. Minimum sample size was calculated by using Win Episcopo 2.0 program (n=160). Primary caregivers of cancer patients receiving treatment in radiation oncology service between the dates specified above and caregivers who do not have any exclusion criteria and caregivers who accept to participate in the study (n=195) were included in the study. A questionnaire including information about the patients and “Zarit Caregiver Burden Scale” was used to obtain data. The scale was adapted to Turkish by İnci in 2006. Validation and reliability studies of the scale were performed by the same researcher. Minimum and maximum total scores in the scale are 0 and 88 respectively. Higher scores indicate higher caregiver burden. Data were analyzed using SPSS, version 17.0 software. Descriptive Statistics, Spearman’s Correlation analysis, Kruskal Wallis and Mann-Whitney U test were used for statistical analysis.

According to the data obtained from the study, the mean age of the caregivers was 37.24 ± 11.68 of the caregivers, %56.4 were female and %71.3 were married. Again, %43.6 had children, %71.3 were unemployed and %49.2 were primary school graduate. The mean score of Caregiver Burden Scale of the caregivers participated in the study was 39.02 ± 18.44 (14-88).

It was revealed that educational level of the caregivers participated in the study ($p < 0.01$), duration of caregiving ($p < 0.001$), patient’s gender ($p < 0.05$), going to the toilet unassisted ($p < 0.001$) and control of excreta ($p < 0.001$) have influence on caregiving burden (psychological distress, physical health problems, economic and social problems). Study results also revealed that the relationship between patient and caregiver age and caregiving burden is not significant and caregiver gender and marital

status did not have any influence on caregiving burden ($p>0.05$).

It is recommended that nurses should raise awareness about difficulties that family members of cancer patients may experience and nurses should not ignore their problems.

Oya Sevcin ORAK, Thesis of Master in Science
Ondokuz Mayıs University, June-2011

SİMGELER VE KISALTMALAR

n: Sayı,

%: Yüzde,

p: Olasılık (0 ile 1 arasındadır),

r: Korelasyon katsayısı,

>: Büyüktür,

<: Küçüktür,

KW: Kruskal Wallis Testi,

U: Manny-Whitney U Testi,

AIDS: Bulaşıcı bir virüs hastalığı,

NANDA: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği,

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü.

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

Sayfa No

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET.....	iv
ABSTRACT.....	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR.....	viii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
1.3. Araştırmanın Soruları	4
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Kanser.....	5
2.1.1. Kanserin Tanımı.....	5
2.1.2. Kanser Epidemiyolojisi.....	5
2.1.3. Kanserin Nedenleri.....	9
2.1.4. Kanserin Belirtileri.....	12
2.1.5. Kanser Tedavisi.....	13
2.1.6. Kanser Hastasında Destekleyici ve Palyatif Bakım.....	17
2.1.7. Kanserin Sosyal Yönleri.....	19
2.2. Bakım ve Bakım Verme.....	20
2.2.1. Bakım Verme.....	20

2.2.2. Bakım Verenlerin Özellikleri.....	22
2.2.3. Bakım Verme Yüğü.....	23
2.2.4. Bakımın Olumlu ve Olumsuz Etkileri.....	25
2.2.5. Bakım Verme Yüğü Etkileyen Faktörler.....	28
2.2.6. Bakım Verme Yüğü Değerlendirilmesi	29
2.2.7. Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü.....	32
3. MATERYAL METOD.....	42
3.1. Araştırmanın Şekli.....	42
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	42
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	42
3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Gereçler.....	43
3.4.1. Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu.....	44
3.4.2. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı.....	44
3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	45
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	45
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri.....	46
4. BULGULAR.....	48
4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	48
4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular.....	52
4.3. Bakım Verme Yüğü ve Etkileyen Faktörler.....	54
4.3.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verme Yüğü.....	54
4.3.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verme Yüğü.....	59

5. TARTIŞMA.....	63
5.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması.....	63
5.2. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Değişkenlerinin Bakım Verme Yüğü Üzerine Etkisine Ait Bulguların Tartışılması.....	67
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	73
6.1. Sonuçlar.....	73
6.2. Öneriler	75
7. KAYNAKLAR.....	76
8. EKLER.....	82
Ek 1- Hastayı ve Bakım Vereni Tanıtıcı Soru Formu.....	82
Ek 2- Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı.....	85
Ek 3- Bakım Veren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	89
Ek 4- Etik Kurul Onayı.....	90
Ek 5-Araştırmanın Yapılması İçin Kurum İzni.....	91
9. ÖZGEÇMİŞ.....	92

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Kanser tüm dünyada ve ülkemizde en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır ve yaygın olarak ölümcül ya da iyileşemeyen bir hastalık olarak bilinir (Güllü ve Zengin, 2009; Canatan, 2009). Ülkemizde mevcut kanser kayıt sisteminin yeterli olmaması nedeniyle kanser insidansı hakkında yeterli bilgi yoktur. Gelişmiş ülkelerde bir yılda görülen kanser insidansı yüz binde 400'ler civarında iken Sağlık Bakanlığı kanser kayıt sistemine bildirilen kanser vakalarının oranı 2006 verileri ile yaklaşık yüz binde 200 civarındadır (Karaca ve ark., 2011). Yaşamı tehdit eden bu hastalık, aileyi ve toplumu fiziksel, psikolojik ve emosyonel kötü sonuçları ve yüksek maliyeti ile olumsuz etkiler (Babaoğlu ve Öz, 2003). Bu özelliklerin yanında uzun, tekrarlayan ve yaşam kalitesini bozan tedavilerin de etkisiyle hastalığın her aşamasında hasta ve aile üyeleri fiziksel, psikolojik ve sosyal denge bozukluklarına neden olan krizli dönemler yaşamaktadır (Svavarsdottir, 2005).

Kanser teşhisi konması hasta ve yakınları için çeşitli düzeylerde hayatı kesintiye uğratabilir. Kanser tanısı, nüks etme ya da metastaz haberini alma ile hayatın anlamı değişir, hastalık dışında bir şey düşünmek imkânsız hale gelebilir (Elbi, 2001; Canatan, 2009). Kanser erken teşhisinde, tedavisinde ve sosyal destek sağlamada ailenin yeri çok önemlidir. Genelde ailenin önemli bir rolünün üyelerinin sağlıklı olması için verdiği destek olduğu bilinir. Ailedeki üyelerden herhangi birinin kanser olması tüm aileyi etkiler. Kanser bir anlamda aile hastalığıdır (Canatan, 2009). Ülkemizde hasta bireyin bakımı genellikle aileler tarafından verilmekte ve bu aile içi sorumluluk olarak algılanmaktadır. Bakım verme, bakım veren bireyler açısından çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir ve pek çok güçlüğü içermektedir (Özdemir ve ark., 2009). Bakım verme tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, emosyonel destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsamaktadır. Diğer yardım çeşitleri ise sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etme, rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme vb.), kişisel bakım (yıkama, beslenme, tualete gitme, giyinme vb.) ulaşım, alışveriş, küçük ev işlerini yapma, para yönetimi, maddi yardım ve aynı evi paylaşmadır (İnci ve Erdem, 2008). Bakım verme güçlüğü, bakım verme ile ilişkili olarak fiziksel, emosyonel, sosyal ve ekonomik sorunlar olmak üzere çok boyutlu bir tepkidir (Teel ve

ark., 2001). Bakım verme güçlüğü objektif ve subjektif olarak iki farklı şekilde tanımlanabilir. Objektif bakım verme güçlüğü; bakım verenin ve ailenin yaşamındaki değişim ve engellenmeleri kapsamakta olup, bakım verme nedeniyle yorgunluk yaşanması, aile rutinlerinin engellenmesi, bakım verenin fiziksel hastalığı gibi fiziksel sorun ve sıkıntılarla ilişkilidir. Subjektif bakım verme güçlüğü ise; bakım verenin bu rol ile ilişkili emosyonel duygu ve tutumları (ekonomik sıkıntı, suçluluk duygusu vb) olarak tanımlanmaktadır (Mathias ve ark., 1997). Bakıcı yükü kavramı karmaşıktır ve her ne kadar bu başlık artan bir önem kazansa da bugüne dek sadece kısmen anlaşılmıştır (Verhey ve ark., 2007). Hastabakıcı yükü (ağır sorumluluk) “bakıcının kişisel zamanı, sosyal rolü, fiziksel ve duygusal durumu, finansal kaynakları ve tamamlamak zorunda olduğu diğer çoklu rollere verilen resmi bakım kaynaklarına bağlı bakım taleplerinin dengesizliğinden kaynaklanan çok boyutlu bir biyopsikolojik reaksiyon” olarak kabul edilmektedir (Given ve ark., 2005).

Son zamanlarda, kanserin aile üyeleri üzerindeki etkisi üzerine yapılan araştırmalar – özellikle bakım hizmetiyle ilgilenenler üzerinde yapılanlar- psikolojik onkolojinin önemli bir alanını oluşturmaktadır. İnformal bakıcılar hakkında yürütülen bu araştırmalardaki artışı açıklayacak iki olası sebep vardır. Birincisi, aile bireylerinin hastalıklara olan tepkisinin hastanın sonuçlarında merkezi bir rol oynayabileceğidir. Bu nedenle, hastaya hastalık süresince etkili bir biçimde yardım edebilmek ve en iyi yaşam kalitesini sağlayabilmek için, aynı zamanda tüm ailenin problem ve ihtiyaçlarına değinmek önemli bir gerekliliktir. İkinci olarak, kanserin tespitinde ve tedavisindeki gelişmeler hayatın önemli derecede uzamasına ayakta tedavi temelinde farklı tedavilerin uygulanmasına ve hastanede kalma sürelerinin azalmasına yol açmaktadır. Bunun bir sonucu olarak, bakıcılar artık daha uzun süre boyunca fiziksel ve duygusal bakım sağlamakla sorumlu kişiler haline gelmektedirler (Iconomou ve ark., 2001a; 2001b).

Bakım verenlerin özelliklerinin bilinmesi; güçlük yaşama yönünden risk altındaki grubun belirlenmesi, destek gruplarının bu özelliklere göre oluşturulması, götürülecek hizmetin planlanmasında kaynakların saptanması, sağlık kurumlarının vereceği hizmetin geliştirilmesi ve sağlık politikalarının oluşturulması açısından önemlidir (Temizer, 2009). Hemşireler fiziksel sorunlara ve hasta bakımına daha çok odaklandıkları için hasta ve ailenin içinde bulunduğu durumu gözden kaçırabilmekte ve

psikososyal gereksinimleri hatalı algılayabilmektedir (Işıl ve Karaca, 2009). Hasta ve yakınlarının psikososyal iyilik hali, yaşam kaliteleri yanında, tedaviye uyum-morbidite ve sağ kalım üzerinde olumlu etkiye sahip olup, bu konu sağlık ekibinin birincil görevlerindendir (Akşahin ve ark., 2009). Bu nedenle yalnızca hasta değil bakım verenlerin ihtiyaçları da belirlenmeli bu ihtiyaçlar karşılanmalıdır (Şahin ve ark., 2009). Sağlık profesyonelleri ve informal bakım veren arasındaki karmaşık, dinamik ve çok yönlü olan bu işbirliğinin nasıl kurulacağına ilişkin bilgiler ise çok sınırlıdır. Ülkemizde hastaya veya yaşlıya bakıma ilişkin yapılan çalışmalar sınırlı olduğu için bu konuda daha fazla tanımlayıcı ve analitik araştırmalar yapılarak, bizim toplumumuza özgü yönlerin belirlenmesi, gerekli hemşirelik yaklaşımlarının planlanması, hem hastanın veya yaşlının bakım sorununun çözülmesinde hem de mesleki gelişim için önemlidir (Erdem, 2005).

1.2. Araştırmanın Amacı

Kanser hastasına bakım verenlerin özellikleri ve bakım verirken yaşadıkları güçlüklerin araştırılıp ortaya konulması hemşirelik hizmetlerinin kalitesi için önemlidir. Bu nedenle bu araştırma kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik etkilenimlerini ve bakım veren aile üyesinin sosyodemografik özellikleri ile bu özelliklerin bakıcı yükü ile ilişkisini belirlemek amacıyla planlanmıştır.

1.3. Araştırmanın Soruları

1. Bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü arasında ilişki nasıldır?
2. Bakım verenin eğitim durumu, çalışma durumu, gelir durumu, medeni durumu, cinsiyeti gibi özellikleri bakım verme yükünü etkiledi mi?
3. Bakım verenin hastaya bakım süresi, daha önceki bakım deneyimi ve daha önceki bakım deneyiminin süresi bakım verme yükünü etkiledi mi?
4. Hastanın tanısı bakım verme yükünü etkiledi mi?
5. Hastanın yaşı ile bakım verme yükü arasındaki ilişki nasıldır?
6. Hastanın cinsiyeti bakım verme yükünü etkiledi mi?
7. Hastanın yapabildiği aktiviteler bakım verme yükünü etkiledi mi?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kanser

2.1.1. Kanserin Tanımı

Kanser en kısa tanımı ile hücrelerin kontrolsüz şekilde çoğalmaları demektir. Bu çoğalma sırasında kanser hücresinde , normal hücrelere göre yapısal farklılıklar çıktığı gibi, işlevleri açısından da farklılıklar çıkabilir; bazen hücre normalde yaptığı işlevini yapmazken, bazen de normalde olmayan bazı yeni işlevleri de yapmaya başlayabilir. Anormal şekilde çoğalmaya başlayan bu hücreler bulundukları yerdeki doku ve organları hatta uzaktaki organları işgal eder ve işgal ettiği bu bölümlerin görevlerini engeller. Kanserler köken aldıkları doku ve organlara göre isimlendirilirler. Belirti, bulgu ve sağaltımları da kanserin cinsine göre değişmektedir (Kutluk ve Kars, 1998).

Kanser, hasta ve yakınları için tanı, tedavi ve takip süreçlerinin tamamında süregelen ve ölümcül bir hastalık olmanın yanı sıra duygusal, ruhsal ve davranışsal tepkilere yol açan ve sosyal pek çok sorunu da içinde bulunduran önemli bir sorundur (Bahar, 2007a; Akşahin ve ark., 2009). Kanser hastalığı psikolojik güçlük ve bozukluklara yol açma potansiyeli en yüksek olan hastalık gruplarından. Ciddi ve kronik bir hastalık olmanın ötesinde, belirsizlikler içeren, ağrı ve acı içinde ölümü çağrıştıran, suçluluk, terkedilme, kargaşa, panik ve kaygı uyandıran bir hastalık olarak algılanır (Özkan, 1993; Bahar, 2007a). Ayrıca sağlık profesyonelleriyle yapılan tutum çalışmalarında hekim ve hemşiler “Kanser ya da AIDS olursam, ölmeyi tercih ederim” şeklinde düşünceler belirtmişlerdir ve bu durum çaresizlik ve karamsarlık tutumunun sağlık çalışanları arasında da yaygınlığını belirtir (Özkan, 1993).

2.1.2. Kanseri Epidemiyolojisi

Epidemiyoloji, hastalıkların sıklık ve dağılımına ait bilgileri kullanarak nedenlerini arama bilimi olarak tanımlanmıştır. Kanseri epidemiyolojisi ise toplumdaki kanser özelliklerini ve kanser nedenlerini araştırır (Haydaroglu ve ark., 2007). Kanseri epidemiyolojisinde, kanser tiplerinin yaş, cinsiyet, etnik grup, ekonomik, coğrafik, ırk

özelliklerine göre dağılımı ve sağ kalım farklılıkları gösterdiği saptanmıştır (Biol ve ark., 1997).

Kronik hastalıklardan biri olan kanser tüm dünyada ve ülkemizde önemli bir sağlık sorunudur. Kanserde ölüm oranlarının yüksek olması konunun önemini daha da arttırmaktadır. Halk sağlığı açısından en önemli hastalıklar en sık görülen, en sık sakat bırakan ve en çok öldüren hastalıklardır. Bu açıdan incelendiğinde tanı imkanlarının artması, toplumlara daha yaygın sağlık hizmeti sunulması nedeni ile her gün daha çok sayıdaki kanserli hastaya tanı koymak mümkün olmaktadır (Kutluk ve Kars, 1998). Yüzyılın başında ölüme neden olan hastalıklar sıralamasında yedinci-sekizinci sıralarda iken bugün birçok ülkede kardiyovasküler hastalıklardan sonra ikinci sırada gelmektedir (Kutluk ve Kars, 1998; Haydaroglu ve ark., 2007; Dedeli ve ark., 2008). Amerikan Kanser Topluluğu'nun 1993'deki raporuna göre, Amerika'da yaşayan her üç insandan biri hayatının herhangi bir zamanında kanser teşhisi alacak ve her beş ölümden biri bu hastalığa bağlı olacaktır (Nijboer ve ark., 1998).

Bugün dünyada bir yıl içinde belirlenen kanserli hasta sayısı 6 milyon dolayındadır. Kanser sıklığı, belirli bir toplumda 100.000 kişide bir yıl içinde yeni tanı konan hasta sayısı olarak ifade edilmektedir. Kanser görülme sıklığı yaşa, cinsiyete, köken aldığı organa ve çevre faktörlerine göre farklılıklar göstermektedir (Akdemir, 2005).

Dünyada sanayileşmiş bazı ülkelerde yıllık kanser insidansı;

* Erkeklerde yüz binde 300-350 civarında,

* Kadınlarda yüz binde 200-250 civarındadır (Akdemir, 2005).

* Mide kanseri insidansı Japonya'da yüksek, kolon, mesane kanseri insidansı ise Hindistan'da düşüktür (Akdemir, 2005).

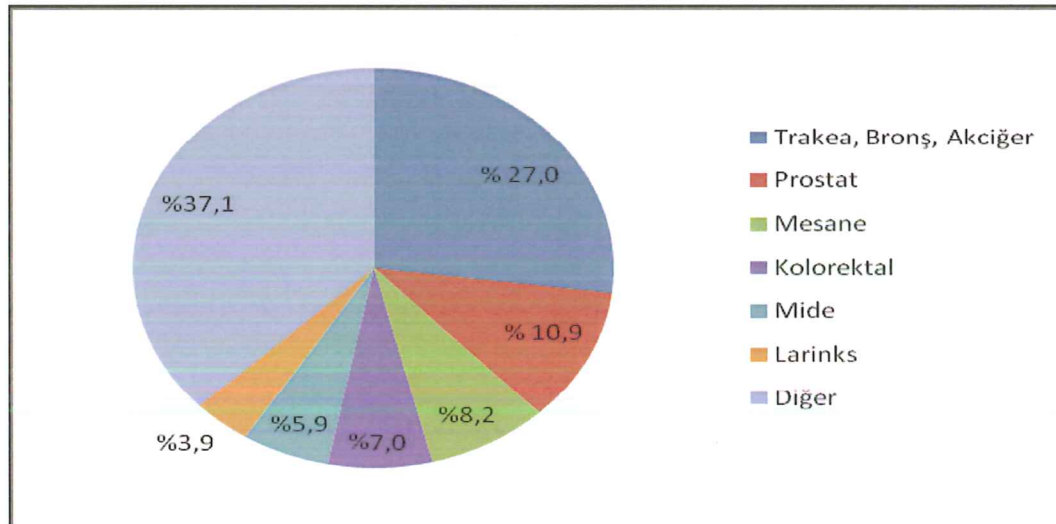
* Özefagus kanseri insidansı Çin'de, Hong Kong'da ise karaciğer kanseri insidansı yüksektir (Akdemir, 2005).

* Meme kanseri Hawaili beyazlarda yüksektir (Akdemir, 2005).

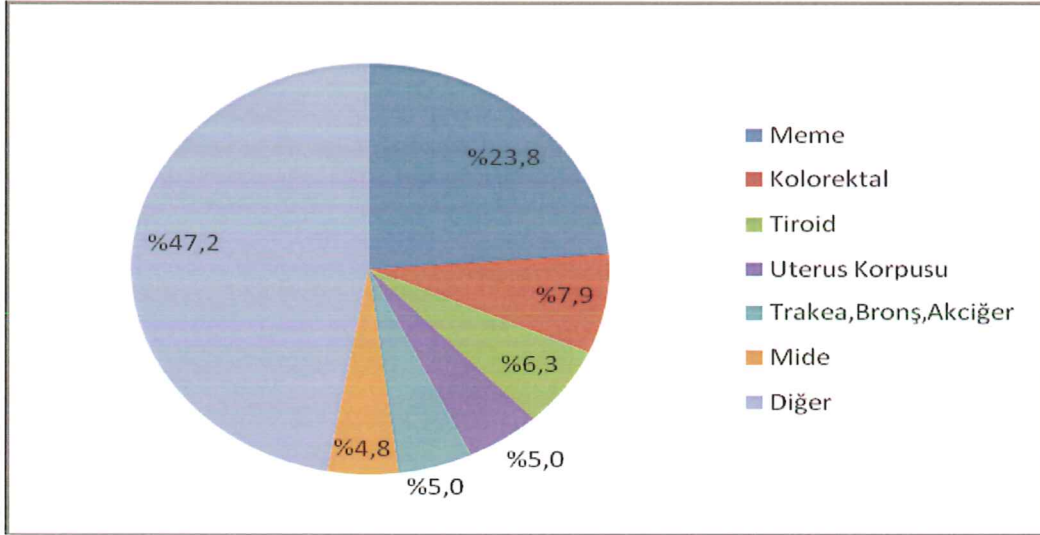
* Uterus ve serviks kanseri insidansı Asya, Latin Amerika ve Afrika'da yüksektir (Akdemir, 2005).

Kanserle mücadelede ortaya konulan tüm çabalara rağmen, istatistikler, Türkiye'nin kanser rakamlarının ürkütücü boyutta olduğunu gösteriyor. Sağlık bakanlığının 2000-2006 yıllarını kapsayan çalışmasına göre, Türkiye'de 396 bin kanser vakası bulunuyor. Her yıl 140 bin kişi kanserden ölüyor. Bu rakamın önümüzdeki 20 yılda 500 bine çıkacağı tahmin ediliyor. Kanserın Türkiye'ye yıllık maliyeti ise 2,5 milyar doları buluyor (Pharmaceutical Business Review, 2011). Sağlık Bakanlığı'nın 2005 yılı verilerine göre; Türkiye' de görülen kanser türleri arasında ilk 5'i %30,13 oranıyla akciğer ve bronş kanseri, %24,33 oranıyla prostat kanseri, %18,91 oranıyla deri kanseri, %17,96 oranıyla meme kanseri, %9,92 oranıyla mide kanseri oluşturmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2006).

Ülkemizde erkeklerde akciğer, mesane ve larenks gibi sigara kullanımı ile ilişkili kanserler ilk sıralarda yer almaktadır. Kadınlarda ise meme kanseri en sık görülen kanserdir. Kolorektal kanserler, hem erkeklerde hem de kadınlarda üst sıralarda bulunmaktadır. Bu bulgular, ülkemizde en yaygın görülen kanserlerin önlenabilir nitelikteki kanserler olduğunu ortaya koymaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, 2006).



Şekil 1. Türkiye'de erkeklerde yerleşim yerine göre en sık görülen kanserler (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'ndan, 2006).



Şekil 2. Türkiye’de kadınlarda yerleşim yerine göre en sık görülen kanserler (T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı’ndan, 2006).

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)’nün 2008 Dünya Kanser Raporu’na göre 2008’de dünya nüfusu 6,7 milyar olarak tahmin edilmiştir ve bu rakam 2030 itibariyle 8,3 milyar civarına ulaşacaktır. 2008 ve 2030 yılları arasında az gelişmiş ülkelerin nüfuslarının %38’lik bir artış göstermesi beklenirken, gelişmiş bölgelerin nüfus artışı %4’le sınırlı kalacaktır (Dünya Kanser Raporu, 2008). Kanser her yaşta görülebilirse de görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir hastalıktır (Dünya Kanser Raporu, 2008; Birol ve ark., 1997). Aynı zaman dilimi içerisinde 65 yaş üzeri nüfusun az gelişmiş ülkelerde %5,3’ten %9,8’e, gelişmiş ülkelerde ise %14,6’dan %22,6’ya tırmanacağı öngörülmektedir. Dünya demografisinde en büyük değişimler gelişmekte olan bölgelerde gerçekleşeceği için, gelecekte kanser yükü bu ülkelerde daha belirgin olacak, gelişmiş ve az gelişmiş bölgelerde yaşayan yaşlı nüfustan etkilenecektir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Aslında son yılların verilerine bakınca kanseri bir toplum sağlığı problemi olarak görmek hiç de yanlış olmayacaktır. Özellikle ortaya çıkışının önlenemediği, taramalarla ölümün yok edilemediği ve erken tedavinin yaşam kalitesine çok şey katabildiği kanserleri göz önüne alırsak, birincil ve ikincil korunmanın önem boyutu anlaşılacaktır. Sadece tütün kontrolü ülkemizde yılda yaklaşık 40.000 akciğer kanserinin önlenmesi anlamına gelmektedir (Tuncer, 2011).

2.1.3. Kanserin Nedenleri

Kanserde en çok sorulan ve araştırılan konulardan birisi de kanserin sebebi olmuştur. Kanserinin sebebi ve oluş mekanizması tam bilinmemekle birlikte yoğun olarak yürütölen çalışmalarla son yıllarda bazı bilgiler elde edilmiştir (Kutluk ve Kars, 1998).

Çöğü kanser, bir sağlıklı hücrenin hasara uğraması ile başlar, bunu zaman içinde biriken başka hasarlar izler. Hasarlar, üremeyi idare eden DNA dizilerine zarar vererek genlerin düzeninin bozulmasına, doğal tamir mekanizmalarının başarısız olmasına ve kanseröz hücrelerin kontrol dışı artışına yol açabilir. Kanserler DNA hasarı olmaksızın da başlayabilir. Bir toksik madde insan hormonlarını taklit ettiğinde, doğal hormonlar için mevcut olan reseptörlere tutunarak vücudun endokrin sistemini kandırabilir ve meme, prostat ve testis kanseri de dahil olmak üzere bir dizi hatalı sonucu başlatır (Armstrong ve ark., 2009).

Çöğü kanserlerin ortaya çıkışında çevresel faktörlerin rolü olduğu düşünülmektedir. Ayrıca genetik faktörlerin de kanser oluşumunda rol oynadığı bilinmektedir (Kutluk ve Kars, 1998).

Genel olarak kanser etyolojisinde yer alan faktörler gruplar halinde incelendiğinde:

Fiziksel Kanserojenler: Kanser gelişmesine neden olabilen fiziksel etkenlerin en önemlisi iyonlaştırıcı ışınım (iyonizan radyasyon) dır (Birol ve ark., 1997). İyonizan radyasyon, atom bombasına maruz kalan popülasyonda, ankilozan spondilit tedavisi için radyoterapi alan hastalarda ve güvenlik önlemlerinin alınmasından önceki dönemlerde radyologlarda görölen lösemi gelişiminde etyolojik faktör olarak iyi bilinmektedir (Kutluk ve Kars, 1998; Casciato ve Lowitz, 2004). Bunların başlıcaları x (röntgen) ışınları, morötesi (ultraviyole)-güneş ışınları, radyoaktif etkenler (alfa ışınları, beta ışınları) ve diğör fiziksel etkenlerdir (Birol ve ark., 1997).

Kimyasal Kanserojenler: Çeşitli mesleklerde çalışan insanların katran ve kömürün yanma ürünleri, benzen, naftilaminler, asbest, vinil klorür, krom vb. maddelerle temaslarının kanser oluşumuna yol açtığı bilinmektedir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998). Ayrıca kanser tedavisinde kullanılan bazı ilaçlar, organ

nakillerinden sonra kullanılan bağışıklık sistemini baskılayan ilaçların da kanser oluşturuıcı etkileri vardır (Kutluk ve Kars, 1998).

Tütün: Tütün kullanımının zararlı olduğu görüşü resmi olarak ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD'de) Surgeon General (ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri Birimi Başkanı) tarafından 1964 yılında yayınlanan raporda yer almıştır. Bu rapor üzerine ABD ve bütün dünyada tütün kontrolü çalışmaları da başlamıştır. Raporda yer alan görüşler, 1950'li yıllardan başlayarak biriken bilgilere dayalı olarak belirtilmiştir. "Journal of American Medical Association"da 1950 yılında Wynder ve Graham'ın, aynı yıl "British Medical Journal"da Doll ve Hill'in raporları ile konuya ilk kez dikkatler çekilmiş ve her iki çalışmada da sigara kullanımı ile akciğer kanseri arasındaki ilişkiye işaret edilmiştir (Bilir ve Aslan, 2005).

Sigara ile akciğer kanserinin ilişkisi kesin olarak kanıtlanmış olup, sigara ayrıca lareks, ağız boşluğu, yutak, mesane ve pankreas kanserleri riskini de arttırmaktadır (Kutluk ve Kars, 1998). Akciğer kanserinden ölümlerin en az %90'ı sigaradan dolayıdır (Casciato ve Lowitz, 2004). Tütün içimi 13 farklı kansere neden olmaktadır, bu kanser türleri: akciğer, ağız boşluğu, geniz ve sinüsler, yutak, gırtlak, yemek borusu, mide, pankreas, karaciğer, idrar torbası, böbrek, serviks uteri ve miyeloid lösemidir. Kaynakları yüksek olan ülkelerde tütün içimi insanlardaki tüm kanserlerin yaklaşık %30'undan sorumludur (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Onkojenik Virüsler: İnsanlarda bazı virüslerin kanserle ilişkili olduğu bilinmektedir (Kutluk ve Kars, 1998; Akdemir, 2005). İnsanda kanser oluşumunda virüs etiyolojisini destekleyen bulgular şöyle sıralanabilir;

*İnsanda siğil ve molloscum contagiosum gibi iyi huylu tümörlerin etiyolojisinde virüs olduğu bilinmektedir (Birol ve ark., 1997).

*Orta Afrika'da görülen Burkitt lenfoması ve Güney Doğu Asya'da sık rastlanan boyun kanserinde aynı antijenin saptanması virüs etiyolojisini düşündürmektedir (Birol ve ark., 1997).

*Bazı virüslerin deney hayvanlarında kansere yol açtığı gösterilmiştir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998).

*Bir DNA virüsü olan Epstein-Barr (EB) virüsü Burkitt lenfoması vakalarında izole edilmiştir. Gene rahim serviks kanserlerinde hasta serumlarında Herpes Simpleks tip 2 antikorlarının sıklıkla bulunması insanda kanser etkenleri arasında Herpes virüslerini de düşündürmüştür (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998).

Alkol: Alkol bir kanserojen olmamasına rağmen, özellikle sigara içenlerde mukozanın aktif kanserojenlere geçirgenliğini arttırarak üst solunum sisteminde ve özafagusda kansere yol açabilir (Kutluk ve Kars, 1998; Casciato ve Lowitz, 2004). Fazla bira içenlerde kalın bağırsak-rektum kanseri daha fazla görülür. Alkol tüketimi fazla olanlarda karaciğer kanseri sık görülür (Yıldız, 2008).

Hormonal Faktörler: Hormonların kanserojen etkilerine ilişkin yapılan araştırmalar, hormon sekresyonu ile tümörün oluşması ve büyümesi arasında ilişki olduğunu göstermektedir (Birol ve ark., 1997). Örneğin ; meme, prostat ve uterus kanserinin hormon düzeyine bağlı arttığı, gebelik sayısının artması ile meme, endometrium ve over kanseri riskinin azaldığı bilinmektedir (Birol ve ark., 1997).

Beslenme Faktörleri: Sindirim sistemi kanserleri belirli beslenme alışkanlıkları ile ilişkilidir. Bu nedenle düşük yağ ve yüksek lif içeren beslenme programları tavsiye edilmektedir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998;). Aşırı et dolayısıyla hayvansal proteini çok tüketen ülkelerde meme, rahim, prostat, kalın bağırsak-rektum, pankreas ve böbrek kanserleri, hayvansal proteini az tüketenlerden daha fazla görülmektedir (Yıldız, 2008).

Genel olarak kanser riskini arttıran besinler şöyledir (Yıldız, 2008):

*Yağda kızartılmış besinler

*Tuzlanmış besinler

*Tütsülenmiş besinler

*Nitrit, nitrat eklenmiş besinler

*Ateşe çok yakın pişirilmiş etler

Genetik Faktörler: Kansere tek başına genetik bir hastalık değildir (Kutluk ve Kars, 1998). Ebeveynlerimizden hasarlı genler yoluyla aldığımız kalıtsal kanserlerin sayısı çok düşüktür. Amerikan Kanseri Derneği şöyle demektedir: ‘Tüm kanserlerin yaklaşık olarak %5-10’u kalıtsaldır. Çoğu kanser kalıtım yoluyla geçen genlerden kaynaklanmamaktadır. Daha çok kişinin yaşamı boyunca genlerde oluşan hasarların (mutasyonların) sonucudur.’ Her birimizin kansere karşı genetik yatkınlığımız farklıdır, bu hayatın bir gerçeğidir (Armstrong ve ark., 2009). Ancak çocuklarda görülen bir göz kanseri olan retinoblastom gibi kanser türlerinde ailevi geçiş görülmektedir (Kutluk ve Kars, 1998).

Çevresel Faktörler: Çeşitli alışkanlıklar ve çevresel ajanlar kanser riskini arttırmaktadır. Hava kirliliğinin tek başına ya da sigara içilmesi ile birlikte akciğer kanserlerinin yaklaşık %10’unda rol oynadığı bilinmektedir (Kutluk ve Kars, 1998). Fakat yıllardır kanser sebepleri konusundaki geleneksel analizler, çevresel faktörleri önemsememiş ya da göz ardı etmiştir. Gerçekler çok daha farklıdır, kanserin trajik bir şekilde çevresel kirlenme ile ilişkili olduğu giderek daha iyi anlaşılmaktadır (Armstrong ve ark., 2009). Yüksek gerilim hatları altında çalışan işçiler glioma gelişimi açısından daha riskli olabilmektedirler (Casciato ve Lowitz, 2004).

Üreme Faktörleri: Literatürde endojen hormonların (özellikle cinsiyet steroidlerinin ve büyüme faktörlerinin) birkaç insan kanserinin, özellikle de meme kanserinin ve dişi üreme organlarının kanserlerinin (over ve endometriyum gibi) etiolojisinde ve gelişimindeki rolleri konusunda kanıtlar birikmektedir (Dünya Kanseri Raporu, 2008).

İlk gebeliğin erken yaşta olması, yüksek parite (doğum sayısı) ve uzun süreli emzirme; meme kanseri riskinde düşüşle ilişkilendirilmiştir (Dünya Kanseri Raporu, 2008).

2.1.4. Kanserin Belirtileri

Kanser köken aldığı organa, hastalığın vücuttaki yaygınlık derecesine ve kişinin bünyesel özelliklerine göre değişmek üzere bazı ön belirtiler verebilir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998). Bazı durumlarda kişinin hiçbir yakınması yoktur ve hastalık başka bir amaçla yapılan muayene veya çekilen bir röntgen filmi ile ortaya çıkar (Birol ve ark., 1997).

Kanserin sisteme göre verdiği belirtiler şöyle özetlenebilir;

Sindirim Sistemi Belirtileri: Konstipasyon (kabızlık), diyare (ishal), bulantı-kusma, yemek yeme isteğinin önemli derecede azalması, karında asit, bağırsak tıkanıklığı, yutma güçlüğü, oral problemler (ağız kuruluğu, paslı dil, ağızda mantar enfeksiyonu, yara, ağrı ve ağız kokusu) olabilir (Birol ve ark., 1997).

Üriner Sistem Belirtileri: İdrar yolları kanserlerinde idrar yapma güçlükleri ortaya çıkabilir (Kutluk ve Kars, 1998). İdrarda kan görülmesi, idrar kaçırma, mesanede ağrı belirtileri olabilir (Birol ve ark., 1997).

Kalp-Damar Sistemi Belirtileri: Vena kava obstrüksiyonu (tıkanıklığı), anemi olabilir (Birol ve ark., 1997).

Solunum Sistemi Belirtileri: Nefes darlığı, plevral effüzyon (akciğer ve göğüs duvarı arasındaki boşlukta sıvı birikmesi), solunum yolu enfeksiyonları, öksürük, balgamda kan görülmesi, gürültülü solunum, hıçkırık, akciğer lobunun kollapsı (büzüşmesi) belirtileri olabilir (Birol ve ark., 1997).

Deri Belirtileri: İyileşmeyen yaralar, kaşıntı, sarılık, terleme belirtileri olabilir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998).

Nöro-Psikolojik Belirtiler: Konuşma güçlüğü, bacaklarda kuvvetsizlik, anksiyete (bunaltı), ajitasyon (gerginlik), depresyon gibi belirtiler görülebilir (Birol ve ark., 1997).

Diğer Belirtiler: Koku (kanama ve enfeksiyona bağlı), ben ve siğillerdeki değişimler, olağan dışı kanamalar olabilir (Birol ve ark., 1997; Kutluk ve Kars, 1998;).

2.1.5. Kanser Tedavisi

Günümüzde kanserin doğası anlaşılmış, tedavide çok önemli ilerlemeler sağlanmıştır. Geliştirilen tedavi yöntemleri ile hastaların yaşam sürelerinin uzatılması ve daha nitelikli yaşamaları amaçlanmaktadır (Dedeli ve ark., 2008; Şahin ve ark., 2009).

Kanserin tedavi yöntemleri genel olarak kemoterapi, radyoterapi, cerrahi ve immünoterapi olup, kanser tanısı konan hastaların bireysel özellik ve hastalık durumuna göre bu yöntemlerden bir veya birkaçı tedavide kullanılmaktadır (Birol ve ark., 1997; Şahin ve ark., 2009).

Kemoterapi

Kemoterapi kanserin ilaçla tedavisi demektir. Kemoterapi, kanser hücrelerinin büyüme hızı ve duyarlılığı ile normal hücrelerin arasındaki farktan yararlanmaya çalışır. Bu amaçlarla kullanılan ilaçlar içinde çeşitli kimyasal maddeler, alkaloidler, antibiyotikler ve bazı hormonlar vardır (Kutluk ve Kars, 1998).

Kemoterapi genellikle iki veya üç haftalık aralarla, her seans birkaç saat olmak üzere birkaç gün uygulanır. Tedavi çoğunlukla birkaç ay boyunca belli bir süre uygulanır (<http://www.cancervic.org.au>).

Kemoterapi daha çok damardan iğne ile uygulanır (<http://www.cancervic.org.au>). İnfüzyon şeklinde verilen kemoterapötik ilaçlar, hastaya hastane dışında evinde ve işyerinde normal aktivitesini sürdürürken de mikropompalarla verilebilmektedir. Gayet güvenli ve taşınabilir olan bu infüzyon pompaları ile hasta ilacını sürekli ve istenilen zaman ve dozda alabilir (Birol ve ark., 1997). Kemoterapi ayrıca, tabletler halinde, kaslara iğne aracılığıyla veya deri üzerine krem şeklinde sürülerek de uygulanabilir (<http://www.cancervic.org.au>).

Kemoterapinin amacı hastanın normal hücrelerine zarar vermeden, kanser hücrelerinin yok olmasını sağlamaktır (Birol ve ark., 1997). Ancak bu ilaçlar vücuttaki normal hücrelere de etki edebilir ve ciddi yan etkilere yol açabilirler (Kutluk ve Kars, 1998). Kullanılabilmeleri için her ilacın farmakolojisinin, yan etkilerinin ve diğer ilaçlarla etkileşiminin bilinmesi önemlidir (Kutluk ve Kars, 1998; Casciato ve Lowitz, 2004). Bu yan etkilerin başlıcaları bulantı, kusma, saç dökülmesi, kemik iliğinin baskılanması ve akyuvar sayısında düşmeler olmasıdır. Çoğu geçicidir ve kolaylıkla kontrol altına alınabilirler. Bazı etkiler ise kalıcı olabilir; bunlar kalbe, akciğerlere, üreme sistemine olan etkilerdir (Kutluk ve Kars, 1998). Kemoterapi erkeklerde genellikle sperm sayısı ve hareketini azaltarak üreme fonksiyonunu kötü etkiler (Kutluk ve Kars, 1998; Irmak ve ark., 2008). Uzun süre kemoterapi alanlarda kısırılık görülebilir

(Birol ve ark., 1997). Birçok hasta için en büyük üzüntü kaynağı, saç kaybıdır. Her ne kadar, tedaviden sonra saçlar yeniden çıkıyorsa da, geçici bir saç kaybı bile hastalar için büyük bir travma etkisi oluşturmaktadır. Kemoterapiden kaynaklanan bulantı ve kusma şikayetleri, ağızdan veya fitil olarak alınacak ilaçlarla ve diyet desteğiyle bir nebze hafifletilebilir. Birçok hastada gözlenen bir endişe kaynağı da üreme fonksiyonuna olan etkidir. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar, düzensiz adet kanamaları yaşayabilirler; hatta hamile kalma potansiyelleri bozulabilir (Irmak ve ark., 2008).

Radyoterapi

Radyoterapi ışınla tedavi yöntemidir. Radyasyon bir tür enerji olup, kanserli hücrelerin çoğalmasını engelleyebilir. Radyoterapi ayrıca, normal hücreleri de etkileyebilir, ancak bu hücreler daha sonra iyileşebilir (<http://www.cancervic.org.au>).

Radyoterapinin amacı, çevre sağlam dokuya en az zararla, dikkatlice ölçülmüş radyasyon dozunun, belirlenmiş tümör volümüne verilmesidir (Casciato ve Lowitz, 2004; Clifford Chao ve ark., 2004). Bu türden bir tedavi hastaların yaklaşık yarısı için küratiftir ve kalan diğerleri için ise palyatiftir (Casciato ve Lowitz, 2004).

Tedavinin başında tedavinin amacı tanımlanmalıdır:

Küratif: Yeterli tedavi sonrası uzun dönem sağ kalım şansı vardır. Tedaviye bağlı bazı yan etkiler istenmediği halde kabul edilebilir (Clifford Chao ve ark., 2004).

Palyatif: Uzun dönem sağ kalım ümidi yoktur. Rahatsızlık yaratan semptomlar ya da hasta konforunu ve kendine yeterliliği bozabilecek durumlar tedavi gerektirir. Tedaviye bağlı majör yan etkiler görülmemelidir. Hastanın yaşam süresi içinde, tümör kontrolü için nispeten yüksek doz ışınlamalar (bazen küratif dozun %75-80'i kadar) gereklidir (Clifford Chao ve ark., 2004).

Genel olarak kanserli hastaların %50-60'ının hastalıklarının seyrinde, küratif ve palyatif amaçla, radyoterapiye ihtiyaç duydukları bilinmektedir (Ertem ve ark., 2009).

Radyoterapi, vücudun içinden veya dışından olmak üzere iki şekilde uygulanabilir. Dıştan tedavide, radyasyon bir makineden doğrudan kanserli organa ve

çevresindeki dokuya yönlendirilir. İçten tedavide ise, içine radyoaktif madde konulan kapsüller (tüpler) kişinin vücut boşluğuna, tümörün üzerine ya da çevresine yerleştirilir (<http://www.cancervic.org.au>).

Bazı kişilerde radyoterapiden sonra bazı yan etkiler görülebilir. Bunlar, yorgunluk, deride kızarıklık ya da yanma hissi, mide bulantısı, kusma ve ishali kapsamaktadır. Bazı kişilerde yan etki görülmez (<http://www.cancervic.org.au>).

Radyasyon tedavisi, tüm tedavi seçenekleri arasında yanlış anlama ve yorumlara en çok açık olan bir tedavi şeklidir. Bir odada, tek başına büyük bir cihazdan görünmeyen bir tedavi almak düşüncesi hasta ve yakınları için oldukça korkutucudur. Işın tedavisi, ayrıca deride yanık oluşturan bir yöntem olarak algılanmaktadır. Hatta bazı aile bireyleri, hastanın radyoaktivite kazandığı düşüncesiyle hastayla temastan kaçınırlar (ışın tedavisinden sonra hastalar radyoaktif değildir) (İrmak ve ark., 2008).

Cerrahi

Erken tanı konan ve metastaz yapmamış kanser türleri cerrahi yöntemlerle tedavi edilmektedir. Ayrıca ilerlemiş kanserli vakalarda semptomatik olarak hastayı rahatlatmak amacıyla örneğin; bağırsak tıkanıklıklarını açmak gibi cerrahi girişimler uygulanmaktadır (Birol ve ark., 1997). Bugün kanserden iyileşen hastaların büyük bir kısmında cerrahi (%75-80) ilk tedavi olarak yerini korumaktadır (Akdemir, 2005).

Uzun yıllar cerrahi tedavi amacıyla uygulanmasına karşın günümüzde cerrahi girişimler biyopsi amacıyla, kemoterapi ve radyoterapinin daha iyi etki etmesi için kitleyi küçültmek amacıyla, palyatif ve önleyici amaçla, rekonstrüktif ve plastik amaçlı olabilmektedir (Kutluk ve Kars, 1998; Akdemir, 2005).

İmmünoterapi

Bağışıklık sistemi, hücre ve organlardan oluşan ve vücudu enfeksiyon ve hastalıklara karşı koruyan bir sistemdir. Bağışıklık sistemi normal ve kanserli hücreler arasındaki farkı ayırt edebilir (<http://www.cancervic.org.au>). Vücudun bağışıklık sistemini uyarmanın kanser tedavisinde etkili olabileceği yolunda kanıtlar vardır. Bağışıklık sistemini bozan çeşitli hastalıklarda daha sık kanser görülmesi de immünoterapinin etkili olacağını düşündürmektedir (Kutluk ve Kars, 1998).

İmmünoterapi organizmanın kendi savunma sistemlerini aktive ederek güçlendiren bir tedavi yöntemidir ve henüz çalışma aşamasındadır (Birol ve ark., 1997).

İmmünoterapide (bağışıklık tedavisi), bağışıklık sistemini, kanserle savaşma yönünde çalışmaya özendirilen ilaçlar kullanılmaktadır (<http://www.cancervic.org.au>).

İmmünoterapi, çoğunlukla ‘grip’ benzeri yan etkilere neden olabilir. Kişilerde üşüme, terleme, yorgunluk, baş ağrısı, kas ağrısı, mide bulantısı, kusma ya da ishal görülebilir (<http://www.cancervic.org.au>).

2.1.6. Kanser Hastasında Destekleyici ve Palyatif Bakım

Palyatif sözcüğü Latince’de örtü ya da perde anlamına gelen ‘pallium’dan türetilmiştir. Palyatif bakım ise;

-Kesin tedavi ya da uzun süreli kontrolün imkansızlığını kabul eden;

-Yaşamın süresinden çok niteliğiyle ilgilenen;

-Esas amacı mümkün olabildiğince hastanın rahatını sağlamak ve hoş olmayan semptomları önlemek olan bir tedavi biçimidir (Dinçol ve ark., 1993; Özkan, 2002).

Palyatif Bakım bir insan hakkıdır. Palyatif bakım Dünya Sağlık Örgütü tanımına göre; “Kanserin kendisi veya tedavi yöntemleri nedeniyle meydana gelen problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan yaklaşımdır”. Buna göre yeni tanı almış, tedavi sürecinde ve terminal dönemde olan hastalara uygulanır. Palyatif bakımda yaşam ve ölüm normal süreçler olarak görülür. Ölüm ne geciktirilir ne hızlandırılır. Yaşam süresinden çok yaşamın niteliğiyle ilgilenir (Kömürcü ve ark., 2009).

Bu tanımlarda üç populasyon ele alınmaktadır.

*Destekleyici bakım sonuçlardan (iyileşme, uzun vadede kanserle yaşama veya kanser nedeniyle vakitsiz ölüm) bağımsız olarak terapi ile kanserin seyrinde değişiklikler yapmak amacıyla paralel yürütülür ve semptom kontrolü, psikososyal destek ve rehabilitasyonu kapsar (Dünya Kanser Raporu, 2008).

*Destekleyici tedavinin bir alt kümesi de kanser nedeniyle ömrün kısılmasının beklendiği durumlarda gerçekleştirilen palyatif tedavidir. Bu bağlamda hastalığın

seyrinde değişiklik yapan terapi yolu hastalara hala açıksa da ileri aşamalarda kanser çoğunlukla ölümle sonuçlanacak sistemik sorunlar yaratan sistemik bir hastalık olarak değerlendirilmelidir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

*Palyatif tedavinin diğer bir alt kümesi ise ömrün son birkaç saat ya da gününde kişinin vücudu artık kendini kapatırken uygulanan ‘ölüm aşamasında bakım’dır (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Bu üç tanımın ışığında destekleyici bakım ve palyatif bakım için gereken yeteneklerin aynı uzmanlık alanında bulunduğu görülebilir (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Palyatif bakımın amacı, hastanın ağrı ve diğer rahatsız edici semptomlardan kurtulması, hastanın psikolojik ve manevi yönden desteklenmesi, hastanın karşı karşıya kaldığı ölüm tehlikesine rağmen mümkün olduğunca aktif bir yaşam biçimi sürdürmesi ve bunun için gerekli altyapı hizmetlerinin sağlanması, hastanın yanısıra aynı yazgıyı paylaşan hasta yakınlarının da desteklenmesi, eğitilmesi ve hasta yitirdikten sonra onların yeniden sosyal yaşama uyumunun sağlanabilmesi için destek olunmasıdır (Dinçol ve ark., 1993).

Uzmanlaşmış palyatif bakım hizmetinin ilerlemiş kanserli hastalarda tespit edilen faydaları arasında şunlar bulunur:

- * “Ölüm kalitesi” ve ömrün son iki haftasında konfor;
- * Acı değerlendirmesi;
- * Bakım evlerinde ölen kişilerin yönetimi;
- * Hastaneye kabul edilen kişilerin semptomatik yönetimi;
- * Karşılanan ihtiyaçlar;
- * Bakımdan duyulan tatmin (Dünya Kanser Raporu, 2008).

Bakıcılar açısından dünya genelinden elde edilen veriler uzman palyatif bakım hizmetinin şu faydaları sağladığını göstermektedir:

- * Bakımdan duyulan tatmini arttırmak;

*Günlük bakım sağlayanların karşılanmayan daha az ihtiyacı ile ilişkilendirilmek;

*Bakıcıların bu rolü sona erdiğinde duruma ayak uydurabilmeyi kolaylaştırmak;

*Bakıcıların endişelerini azaltmaya yardımcı olmak;

*Rol sona erdikten sonra bakıcıların hayatta kalma oranının iyileştirilmesiyle ilişkilendirilmek (Dünya Kanseri Raporu, 2008).

Palyatif bakım Amerika, İngiltere, Kanada ve Avustralya gibi ülkelerde ayrı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmiştir. İngiltere’de palyatif bakım büyük hastanelerde destek tedavi ekipleri ile sağlanır. Bu ekipler uzman doktor, hemşire ve diğer elemanlardan oluşur. Bir çok gelişmekte olan ülkede olduğu gibi, ülkemizde de palyatif bakımın mevcut durumu istenen düzeyde değildir (Kömürcü, 2009). Ülkemizde onkoloji alanında çalışan doktor ve hemşireler, “Tükenmişlik Sendromu”nu en sık yaşayan gruptadırlar. Büyük merkezler dışında ağrı üniteleri veya palyatif bakım üniteleri yoktur. Çoğu merkezde hasta başına düşen doktor ve hemşire sayısı düşüktür, palyatif bakıma ayrılan zamanda tedavi olabilecek hastaya zaman ayıramama endişesi vardır. Bütün bu yetersizliklere rağmen, onkoloji merkezlerinde çalışan hekim ve hemşire kadrolarının çoğu gerek tedavi döneminde gerekse terminal dönemde medikal ve psikolojik tedavileri özveri ile uygulamaya çalışmaktadır (Kebudi, 2006). Palyatif bakımın gelişmesindeki temel problemlerin tespit edilip bunların geliştirilmesi gerekmektedir (Kömürcü, 2009).

2.1.7. Kanserin Sosyal Yönleri

İnsanlar sağlıkları bozulduğunda ya da hasta olduklarında içinde bulundukları normal dışı durumun etkisini sadece kendi içlerinde ve sadece fiziksel olarak yaşamakla kalmayıp içinde yaşadıkları ya da ait oldukları çevrenin özellikleri ve koşullarıyla uyumlu olarak yaşarlar. İnsanlar sosyal varlık olma özelliklerini yaşamlarının her döneminde ve her boyutunda yansıtırlar (Canatan, 2009).

Toplumda bilinen ve tanınan yüzü ile “kanseri” ya da bu terimi kullanmak istemediklerinde halkın tabiri ile “kötü hastalık” teşhisi konması bireyin ruhsal ve bedensel durumu yanında içinde yaşadığı sosyal çevrenin de etkilenmesine ve yeni durumu dikkate alan bir etkileşim gerçekleşmesine yol açar. Çevresi hastaya ya

olumsuz bir önyargı ile ya da acıma duygularının eşlik ettiği sınırsız bir kabulle ve sanki ölüm yoluna girmiş ya da her nasılsa ölecekmiş olarak yaklaşabilir. Oysa günümüzde erken teşhis edilmiş kanser hastalığının tedavi edilebilir, kontrol altında tutulabilir olduğu ve bazı türlerin ölümcül olmadığı bilinmektedir (Canatan, 2009).

Kanser hastası tek başına bir organizma değildir; aksine geçmiş, gelecek beklentisi ve sevdikleriyle beraber bir bütündür. Kanser, hastalar kadar hasta yakınları açısından da pek çok zorluğu içinde bulunduran bir süreçtir. Kanserlin hasta yakınları üzerindeki psikososyal etkileri değerlendirildiğinde, hasta yakınlarının kendine yetme ve sosyal destek anlamında büyük eksiklik hissettikleri ortaya konmuştur. Bu bir bakıma ilginin doğrudan hasta üzerinde olmasından dolayı, hasta yakınlarının bir anlamda göz ardı edilmeleri ve gereken profesyonel desteği alamamış olmalarına bağlanmıştır (Akşahin ve ark., 2009). Kanserlin toplumsal yönüne, ilişkiler açısından bir çözümleme yapmak gerektiğinde değişik boyutları ele almak gerekir. Aile ilişkileri, eşle ilişki, mesleki durum, çalışma ortamlarındaki ilişkiler, ortaya çıkan engellilik, kitle iletişim araçlarında verilen bilgi ve haberlere duyarlılık, hastane hakkındaki düşünceler, hasta-doktor ilişkisi, tedavi ekibi ile ilişkiler gibi (Canatan, 2009).

2.2. Bakım ve Bakım Verme

2.2.1. Bakım Verme

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması"ı için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2005).

Bakım verme, büyük oranda samimiyet ve sevginin artması, bakım verme deneyimi sayesinde anlam bulma, kişisel gelişim, diğer bireylerden sosyal destek alma, kendine saygı duyma, kişisel doyum sağlama gibi olumlu özelliklerinin yanında pek çok güçlüğü de yaşanmasına yol açabilmektedir (Özdemir ve ark., 2009; Şahin ve ark., 2009). Bakım verme süreci, sınırlı sayıdaki olumlu etkisinin yanı sıra bakım verenlerin; çaresizlik, suçluluk, öfke, korku, sosyal izolasyon duyguları yaşadıklarını göstermektedir. Bakım veren aile üyesinin bu sorumluluğu almadan önce bakım verici rolünü nasıl yürüteceği ve bakıma hangi oranda katılması gerektiği, uygun kaynaklara nasıl ulaşacağı konularında yetersiz bilgisi bulunmaktadır. Bu nedenle kendi sağlık

gereksinimlerini erteleyebilir, fiziksel ve emosyonel sağlığı olumsuz olarak etkilenir, stres ve bakım yükü ortaya çıkar, sonuçta depresyona varan sorunlar ortaya çıkabilir. Hasta bakımı çok yönlü bir roldür. Taşıma gibi basit aktivitelerden fiziksel bakım ve bildirilebilen semptomları tanımaya kadar değişebilen karmaşık aktiviteleri içermektedir (Gaston-Johansson ve ark., 2004).

Bakım verme formal ya da informal olmak üzere genellikle iki şekilde incelenmektedir. Formal bakım verme; evde ya da kurumda sağlık bakımı ve kişisel bakım hizmetlerini sunan meslek grupları tarafından verilen bakımdır. Evde formal bakım sağlayanlar daha çok hemşire, terapistler, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ve evde bakım yardımcılarıdır (Babaoğlu ve z, 2003).

İnformal ya da uzmanlık gerektirmeyen bakım verme; bakım verenin bir yakınına yardım etme rolünü üstlenmesidir. İnformal bakım verenler ücret almayan, evde bakım sağlayan aile yeleri veya arkadaşlardır. Kronik ve akut fonksiyonel yetersizlikler nedeniyle artan informal bakım verme; bireyin banyo yapmasına yardım etmek, beslemek gibi süreğen bakımının yanısıra, trakeostomi bakımı, intravenöz ilaç uygulaması gibi ileri düzeyde beceri gerektirecek uygulamaları da kapsamaktadır (Babaoğlu ve z, 2003).

Kanser hastasının fonksiyonel kabiliyetinde, vücut fonksiyonunda, görünümünde, çalışma statüsünde, cinsel fonksiyonlarında, aile ve sosyal rollerindeki değişikliklerin bakıcı üzerinde doğrudan etkisi vardır. Kanser hastaları, bakım ihtiyaçları zamanla artması beklenen ve sonuç olarak bakım sağlamakla ortaya çıkan problemlerin hastalık ilerledikçe değişebildiği bir gruptur (Nijboer ve ark., 1998).

Kanser ile birlikte yaşamak, dinamik devam eden bir süreç olarak düşünülebilir. Kanser hastalarına bakım hizmeti vermek de bunun gibidir. Kanser hastalarının hastalıkları süresince  dönem vardır; akut dönem, kronik dönem ve çözülme dönemi. Akut dönemde hasta yeni tanı almıştır, hasta ve aile şoktadır, şaşırmıştır ve de korkmuştur. Kronik dönemde, başlangıç tedavisine katlanılmışsa ve hasta hastaneden ayrılmışsa aile yeleri yeni ve ek sorumluluklar üstlenmektedirler. nc dönemde ise (sona erme-resolsyon) aile kendini sağ kalma ve kayıp (lm) süreçlerine bağlar. Her

üç dönemde, aile üyelerinde özellikle de primer bakım verenlerde önemli derecede anksiyete ve depresyon gelişebilir (Nijboer ve ark., 1999).

2.2.2. Bakım Verenlerin Özellikleri

Bakım verici hastanın bakımını yapmak ya da izlemekten sorumlu olan kişi olarak tanımlanırken, primer bakım verici ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derecede sorumlu olan kişi olarak tanımlanmıştır. Primer bakım vericiler dört şekilde sınıflandırılmaktadır. Birinci tip bakım verici; tüm bakımın uygulanması ve izleminden sorumlu olan kişidir. İkinci tip bakım vericiler; bakımdan sorumlu kişiler olup dışarıdan, informal destek kaynaklarından destek almaktadırlar. Üçüncü tip bakım vericiler; hem formal hem de informal kaynaklardan destek alan bakım vericilerdir. Dördüncü tip bakım vericiler ise; bakımdan tamamen sorumlu olmayan kişilerdir (Özer, 2010). Primer bakıcılar genellikle hastanın eşi, partneri veya en yakın akrabası olmaktadır (Grov ve ark., 2005).

Literatür incelendiğinde dünyada ve ülkemizde bakımın kadın sorumluluğuna bırakıldığı görülmektedir (İnci, 2006; Şahin ve ark., 2009). Kadınların bakım verme işlevine uygun görülmesinin nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili özel alanların, kadının doğal işi olarak görülmesi olabilir. Ayrıca kadınların kişilik özellikleri nedeni ile daha şefkatli, daha duyarlı davrandıkları, yakın ve güçlü ilişki kurabilme becerilerine sahip oldukları ve erkeklere kıyasla bakım verme işlevinin zorlukları ile daha iyi başedebilecekleri görüşü, onların bakım verme işlevine uygun görülmelerinin nedeni olarak belirtilmektedir (Şahin ve ark., 2009). Bazı araştırmalara göre ise de bakım sunma artık bayanların görevi olarak devam etmemektedir (Uğur, 2006). Meme kanseri hastalarının aile bakıcılarıyla yapılan bir çalışmada tüm bakıcıların %55'ini erkeklerin oluşturduğu, %52'sinin hastanın eşi veya partneri olduğu bulunmuştur (Grunfeld ve ark., 2004). Şahin ve ark. (2009) yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerin %65'ini kadınların oluşturduğu sonucuna ulaşmışlardır (Şahin ve ark., 2009). Kramer ve arkadaşlarının (2005) 74 bakım verici ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %68 'ini kadınlar, %46'sını erkekler oluşturmaktadır (Kramer ve ark., 2005). Literatürde bir çok çalışmada belirtildiği gibi ülkeler arası fark olmaksızın hasta bakımında kadınların oranı yüksektir ve bütün toplumlar tarafından sadece “kadınların üstlenmesi gereken bir rol, iş ya da görev” gibi algılanmaktadır (Şahin ve ark., 2009).

Uğur (2006)'nın aktardığına göre ise Miller (1987) 15 bakım veren eşle yaptığı bir çalışmada, bakıma katılım ve eş desteklemede erkeklerle kadınlar arasında fark bulmuştur. Kadınlar, hasta eşlerine baktıkları halde, günlük yaşam desteği aktiviteleri, ek yardımlara ulaşma veya algılanan strese fark bildirmedi. Ancak sosyal aktivitelerinin kısıtlanması ve duygusal gerginlikten doğan sıkıntıyı daha fazla bildirdiler. Erkekler ise özellikle ev işi, çamaşır, yemek için yardım almaya yatkındılar ve eşleri ile daha çok duygusal ilişkileri olduğunu hissediyorlardı. Beklendiği gibi, geleneksel cinsiyet rolü teorisine dayanarak, kadınların sırdaş olma olasılığı daha yüksektir ve günlük işlere daha aktif katılırlar. Benzer şekilde bakım veren erkeklerde, dışarıdan bakım sunan kadınlara göre daha fazla yardım alırlar (Uğur, 2006).

Palyatif aşamada primer bakıcılar çok ağır hastalara bir aydan yıllara kadar değişen süre boyunca, çaba gerektiren bir bakım sağlarlar (Groves ve ark., 2005). Hasta bakımı son derece değerli bir iştir, fakat aynı zamanda külfetli olabilir ve depresyon, anksiyete ve uyku bozuklukları gibi riskler oluşturabilir (Haley, 2003). Literatürden ortaya çıkan genel yapı, hastalığın informal bakıcılara çok büyük talepler yüklediği gerçeğidir. Yani mali kısıtlamalara ek olarak kanserli hastalara bakan kişilerin sosyal rol ve boş zaman aktivitelerinde de kısıtlamalarla karşılaştıkları bilinmektedir. Ayrıca bakıcılar bakım sağlamanın sonucu olarak fiziksel yorgunluk, artmış duygusal sıkıntı, azalmış fiziksel sağlık ve yaşam kalitesi bildirmişlerdir (Iconomou ve ark., 2001a; 2001b; Kuşçu ve ark., 2009). Hizmetlerin sağlanmasındaki problem ve artan sorumluluk bakıcının mental sağlığı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde olumsuz olduğu gibi olumlu etkilerde bırakabilir (Groves ve ark., 2005). Bakıcılar, problemli davranışlarla başa çıkmada ustalık ve becerilerinde farklılık gösterirler ve bazen hastadaki zor davranışları tetikleyebilir veya şiddetlendirebilirler. Bakım taleplerinin kapasitelerini aştığını hissedenler kendini stresli hissedebilirler. Oysaki iyi donanımlı olduğunu hissedenler bu duygu içerisinde olmazlar (Verhey ve ark., 2007).

2.2.3. Bakım Verme Yüğü

Literatürde yük kavramı, “bakım vericinin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar” şeklinde açıklanırken aile yükü; “hastalığın

ortaya çıkardığı istenmeyen olaylar ve güçlüklerin aile üyelerine yansması” olarak tanımlanmıştır (Özer, 2010). Yük kavramı, hasta bir üyeyle yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Gülseren ve ark., 2010). Bir başka tanıma göre ise yük, aile üyelerinden birinin hastalığı nedeniyle yerine getirmedeği rollerini, diğer aile bireylerinin yerine getirmesi sonucunda, ailenin ruhsal sağlığında, maddi durumunda, toplumsal etkinlik ve ilişkisindeki bozulmaların tümüdür (Özer, 2010). Araştırmacılar, yükün kavramsal ve işlevsel tanımları konusunda hemfikir değillerdir. Bazı araştırmacılar yükü tek boyutlu bir kavram olarak görmekte, diğerleri ise objektif ve subjektif yük ayrımı yapmaktadır (Foxall, 1996; Gaston-Johansson ve ark., 2004). Objektif ve subjektif yük arasındaki ayrım çok önemlidir (Verhey ve ark., 2007). Objektif yük, mali sıkıntılar, kişisel aktivite kısıtlamaları, ailevi bozulmalar ve aile üyeleri arasında anlaşmazlık gibi bakımla ilgili somut olaylar, hadiseler ve aktiviteler olarak tanımlanmıştır (Foxall, 1996; Gaston-Johansson ve ark., 2004). Alternatif olarak objektif yük bir kişinin diğer kişinin gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve efor olarak tanımlanabilir. Genellikle, hastalığın ortaya çıkardığı direkt bakım yükü objektif yük olarak görülmektedir (Sales, 2003). Objektif yük boyutları; bakım verilen bireyin ekonomik bağımlılığı, aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin yapılamaması, çalışma hayatının etkilenmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (Uğur, 2006).

Subjektif yük ise, ağrı, yararlılık, korku, baskı, memnuniyet ve suçluluk gibi bakıcının yaşamış olduğu duygular, hisler ve tutumlar olarak tanımlanmıştır (Foxall, 1996; Gaston-Johansson ve ark., 2004). Subjektif yük duruma, bireyin kişisel yaklaşımıdır ve bakım verme işini yük olarak algılamasıdır (Sales, 2003). Objektif yük somut olması nedeni ile daha kolay belirlenmesine karşın, bireyin subjektif algılarının belirlenmesi kolay değildir (İnci, 2006). Bunların ötesinde subjektif yük kavramı, bakıcıdaki anksiyete ve depresyon gibi psikiyatrik semptomlardan ayrılmalıdır (Verhey ve ark., 2007).

Ailenin bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisinin daha çok bakım verenin yaşamını bunaltabilecek, tek yönlü, bağımlı, yoğun, uzun dönem zorunluluğa dönüşmesine neden olur. Genelde, ailede bakım sunmanın kronik, yoğun yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki (iş, aile hayatı, sosyal ve rekreasyonel yaşam) diğer taleplerden kaynaklanan anlaşmazlıklarla birleşince “bakıcı yükü” olarak ifade edilen bir dengesizlik durumuna yol açar (Silver ve Wellman, 2002). Bakıcı yükü, insanın bir başkasına destek vermesindeki değişme ve taleplere olan duygusal tepki anlamına gelmektedir (Higginson ve Gao, 2008). Diğer bir tanıma göre bakıcı yükü, sevilen kişi için, genellikle de bir aile üyesi için, medikal koşullarla mücadele ederken karşılaşılan fiziksel, mali ve psikolojik zorluklar anlamına gelmektedir (Garlo ve ark., 2010). Bakımın kişinin üzerinde oluşturduğu duygusal baskı, bakım hizmeti sağlamak veya günlük aile yaşamındaki aksamayla ilişkili aktivitelerden daha ağırdır (Foxall, 1996; Gaston-Johansson ve ark., 2004).

2.2.4. Bakımın Olumlu ve Olumsuz Etkileri

Açıksası, “yük” kelimesi bakımın deneyimlerine olumsuz bir yaklaşımı yansıtmaktadır. Her ne kadar birçok araştırma bakım sağlamanın olumsuz deneyimlerine odaklanmış olsa da, daha fazla çalışma da faydasal etkilerini bildirmişlerdir (Nijboer ve ark., 1998).

Bakım Vermenin Olumlu Etkileri

Bakım verme sürecinin olumlu etkilerini belirlemek gerekmektedir. Bakım verme süreci “yük” gibi negatif sonuçlar doğurmakla birlikte sadece olumsuz sonuçları olmayan, kişisel başarı, olgunlaşma, kişisel gelişim duygularında yaşanmasına neden olan olumlu sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Bakım deneyimlerinin olumlu olabileceğine ve onların sağlık üzerindeki etkilerinin incelenmeye değer olduğuna inanmak için birçok neden vardır. Birincisi olumlu deneyimlerin sevgi, düşkünlük, ödüller, zorluklar, gaye, bağlılık, yaşamda amaç ve mutluluk veren olaylar bakımından tanınması bakıcıların yeteneklerinden dolayı gurur duygusunu arttırabilir. İkincisi bakım kimliği ve kişinin topluluğa bağlanmasını tanımlayabilir ve böylece esenliği sağlayabilir (Nijboer ve ark., 1998).

Bakım verme stresli olsa bile bakım veren tarafından ödöl olarak da algılanabilir. Ayrıca bakım verme görevini üstlendiği için diğler aile üyeleri ya da akrabalar tarafından tanınma, kendine saygı duyma, daha önce bakım alandan aldığı bakımı ve desteği geri ödediği ve sevgisini kanıtladığı için doyum, çözölmemiş sorun ve duyguların çözölmesi, yararlı olma, akrabalık ilişkilerini güçlendirme, diğlerlerinin gereksinimlerini daha iyi anlama, diğlerlerinin problemlerine hoşgörölü yaklaşmak gibi ailenin bütönlüğünü sağlayan yararları da vardır (Yaşar, 2008).

Birçok bakım verenin yaşadığı pozitif duygular ve ustalaşma arzusu onları bakım sunma yaşantısının olumsuz yönlerini asgariye indirgemeyi hedef almış girişimlere elverişli hale getirir ve dolayısıyla onların yük hissini hafifletir (Silver ve Wellman, 2002).

Bakım Vermenin Olumsuz Etkileri

Bakım verme, bakım verenin sağlığını olumsuz etkileyebilir. Bakım verdiği kişinin gereksinimlerini sürekli karşılamaya çalışması nedeniyle, yorgunluk, bitkinlik gibi bedensel yakınmalara neden olabilir (Alpteker, 2008). Kanseri tedavisinde kullanılan kemoterapi ve radyoterapinin yan etkileri hastalarda oldukça yoğun yaşanmaktadır. Yapılan çalışmalarda bulantı, kusma, saç dökölmesi, ağızda yaralar, iştahta azalma, yorgunluk gibi sorunlar görölldüğü belirlenmiştir. Tüm bu sorunlarla başa çıkarak özellikle bakımdan birinci derecede sorumlu olan kişi için oldukça güç olmaktadır (Pasacreta ve ark., 2000). Ayrıca bakım verme nedeniyle bireylerde hazımsızlık, iştahta değişim, düzensiz yemek yeme, baş ağrısı gibi somatik şikayetler artabilmektedir (İnci, 2006). Bu da bakım verenin sağlığının bozulması, stres, depresyon, anksiyete gibi ruhsal sorunların gelişmesine yol açabilir (Alpteker, 2008). Hastalık süresince, aile üyeleri hastalardan daha fazla anksiyete, depresyon, yorgunluk, rol çatışması, sosyal izolasyon ve sıkıntı yaşamaktadır (Özdemir ve ark., 2009). Bakım verenlerin depresyonu, bakım veren kişinin bakım verme deneyiminden kaynaklanan depresif semptomlar olarak tanımlanabilir. Depresyon bakım verme sürecinin ortaya çıkardığı, bakım vericilerin yaşam kalitelerini düşüren, fonksiyonel olarak kötüleşmelerine neden olan, mortalitede artışa neden olan olumsuz sonuçlardan birisidir. Depresyonun bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarının en önemli belirleyicilerinden birisi olduğuna inanılmaktadır. Aile bakıcıları genel popölasyondan

daha yüksek seviyelerde ruhsal sıkıntı bildiriler. Bakıcı yükü ve bakıcı gerginliği çoğunlukla sürekli ve destekleyici kanser bakımı sunan aile bireyleri tarafından yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal, finansal ve duygusal yanıtları veya inatçı sıkıntıları açıklamada kullanılan terimlerdir (Uğur, 2006). Birey, bakımdan kaynaklanan anksiyete duygusunu tüm yaşamına genelleyebilir. Stres ya da engellenmişlik duygularını sözel olarak ifade edemeyenlerde daha fazla depresyon belirtileri görülebilir. Yaşanan problemlerin tartışılması, bakım verme ile ilgili baskı ve kaygıları azaltmada önemlidir (İnci, 2006).

Aile üyelerinden birisinin hastalığı nedeniyle, maddi durumunun etkilenmesi, hastanın hastalığı nedeniyle oluşturduğu ekonomik kayıplar “ekonomik yük” olarak tanımlanmaktadır. Hastalığın tedavisinin uzun sürmesi, tam olarak tedavi edilememesi, tekrarlı ve uzun süreli hastaneye yatışlar, hasta ve ailesinin duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplar yaşamasına neden olmakta, aile bütçesi ve ülke ekonomisine de önemli yükler getirmektedir (Uğur, 2006). Bakım vericilerin bakım verme sorumluluklarından dolayı işlerini bırakmak zorunda kaldıkları ya da işi için ayırdığı zamanı büyük ölçüde azalttıklarına dair çok sayıda bulguya rastlanmaktadır (Chou ve ark., 2002). Bu ekonomik sorunlar içinde en sık yaşananlar, sağlık güvencesi tarafından karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması ya da işin sonlandırılmasıdır (İnci, 2006).

Kronik hastalığı olan bireye bakım verme, sosyal ve kişilerarası problemlere de yol açmaktadır. Bakım verenler yaşamlarını genellikle sevdiklerinin gereksinimleri doğrultusunda düzenleyebilir ya da aile üyeleri tarafından böyle bir düzenleme yapması beklenebilir (Kasuya ve ark., 2000). Aile üyelerinden birisinin hastalığı nedeniyle, diğer aile bireylerinin toplumsal etkinlik ve ilişkilerinde olan bozulma ve sosyal yalnızlığın ortaya çıkması “sosyal yük” olarak tanımlanmaktadır. Hastalık aileyi toplumdan sosyal olarak izole etmekte, arkadaş ve komşuluk ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır. Hasta ailelerinin boş zamanlarında eskiden yaptıkları şeyleri yapamama, hafta sonu ve uzun süre tatile gidememe, misafir kabul edememe gibi sıkıntıları görülebilmektedir (Uğur, 2006).

Bakım vericiler kendi fiziksel ve emosyonel gereksinimlerini ihmal edebilmekte ve tükenmişlik yaşayabilmektedir (Özer, 2010). Literatürde bakım verici

tükenmişiliğinin farklı tanımlamaları vardır. Bakım verici tükenmişliği, “akraba ya da arkadaşların gerekli primer bakımı sağlamasıyla ortaya çıkan sonuçların bakım verici üzerinde gözlenen ve algılanan durumu” olarak da tanımlanabilir. Bakım verici tükenmişliği, bakım verici birey tarafından sağlanan bakımın fiziksel, duygusal, ve ekonomik yönlerini ele almaktadır. Birçok araştırmacı bakım verici tükenmişliğinin psikolojik iyilik hali üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu belirtmişlerdir. Bu olumsuz etkiler arasında en yaygın olarak depresyon, anksiyete, alkol kullanımı görülmektedir. Bakım vericiler yaşadıkları güçlüklerin tükenmişlik durumları ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Yapılan çalışmalarda, birçok bakım verici ailenin en önemli stres kaynaklarının güçlük yaratan durum varyanslarından kaynaklandığı gösterilmiştir (Yaşar, 2008).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) tarafından onaylanan hemşirelik tanılarında biri olan “Bakım Verici Rolünde Zorlanma” tanısı, bir başkasına (özürlü, bağımlı vb. aile üyesi) bakım verme sürecinde fiziksel, duygusal, sosyal ve/veya ekonomik sıkıntı(lar) yaşayan bir bireydeki durumdur. Bu tanı için tanımlayıcı özellikler:

- Zamanın ve fiziksel enerjinin yetmediğini bildirmesi,
- Gerekli bakım verme aktivitelerini yerine getirmede güçlük,
- Bakım verme sorumluluklarının diğer önemli rolleri engellemesi,
- Kendisinin bakım sağlama yeteneği ve bakım alıcının sağlığının gelecekte ne olacağı konusunda endişe hissedilmesidir,
- Bakım verici hastalanırsa ya da ölürse bakım alıcının bakımının ne olacağı konusunda endişe, moral bozukluğu/deprese duygular, öfke durumları şeklinde sıralanmaktadır (Erdemir, 2005).

2.2.5. Bakım Verme Yükünü Etkileyen Faktörler

Bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Bakım verenin kişisel özellikleri (cinsiyeti, yaşı, çalışma durumu, eğitim düzeyleri, kendi sağlığına ilişkin algısı, dini inancı, etnik kökeni, bakım vermeye bakışı, kültürel düzeyi, sosyoekonomik durumu vb),

- Hasta ile olan önceki ve bakım verme sırasındaki ilişkisinin niteliği,

- Hasta ile aynı evi paylaşma durumu, bakım verme süresi,

- Ambivalan duygular yaşanması,

- Hastanın bakımına karar verilirken fikirlerinin alınmaması,

- Bakım verenin sağlığının bozuk ya da yaşının ilerlemiş olması,

- Bakım verenin hasta bakımı dışında da sorumluluklarının olması,

- Hastaya sadece bir alanda değil, çok boyutlu bakım vermek zorunda olması (fiziksel, ekonomik, duygusal, ulaşım, sağlık hizmetlerinden yararlanamama, bakım konusunda yardım eden kimsenin olmaması vb.),

- Hasta bireyin, bakım verenin yaşantısına müdahale etmeye çalışması,

- Bağımlılığı olan hasta bireye bakım verme,

- Dar ve orta gelirli ailelerin ekonomik nedenlerle küçük konutlarda oturması ve hastaya ayırabilecekleri bir mekanın olmaması,

- Kentte değişen sosyal yaşam sonucu kırsal kökenli hastalarla aile içi uyumsuzluklar,

- Ekonomik zorluklardan ya da eğitimleri gereği kadınların çalışması, bu nedenle hastaya bakacak ya da eşlik edecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım verme güçlüğüne etkileyen faktörler arasındadır (İnci, 2006; Yaşar, 2008).

2.2.6. Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi

Turgut (1990) ölçme kavramını “bir niteliğin gözlenip, gözlem sonucunun sayılarla veya başka sembollerle gösterilmesidir” biçiminde tanımlamaktadır. Ölçme kavramının pek çok değişik kaynaktan, pek çok farklı tanımları yapılmıştır. Ölçme en geniş anlamıyla bir betimleme işlemidir ve ‘herhangi bir nesne ya da nesnelerin belli bir

özellikle sahip olup olmadıklarının, sahipse, sahip oluş derecesinin gözlenip, gözlem sonuçlarının sayı ve sembollerle ifade edilmesidir’ şeklinde tanımlanabilir.

Belli bir özelliğe sahip olma ya da olmama, sahip ise sahiplik derecesi bakımından nesneler veya bireyler arası farkları ortaya çıkarmak ölçmenin temel amaçlarının başında gelir. Bu nedenle “fark” kavramı ölçmenin temelini oluşturur. Ölçülecek nitelikler boy, ağırlık, hacim gibi somut nitelikler olabileceği gibi, zeka, kişilik, ilgi, tutum gibi soyut nitelikler de olabilir. Psikolojik testlerin ölçmeyi amaçladığı nitelikler soyut nitelikler olup, ölçümü somut niteliklere göre çok daha zordur. Hemşirelik araştırmalarında bazen gerilim, bakım verme, baş etme, kaygı, yakınma ya da ağrı gibi soyut kavramlar ölçülmek istenmektedir. Doğrudan gözlenebilir olmayan soyut değişkenlerin ölçümünde, genellikle onun değişik boyutlarını temsil eden, birden çok dolaylı göstergelerden oluşan bir ölçüm aracı geliştirilir. Sağlık profesyonelleri hem klinik verilere dayanarak hem de geliştirilmiş olan bu araçlarını kullanarak bakım verme güçlüğünün derecesini ya da riskini belirleyerek zamanında uygun yaklaşımlarda bulunabilirler (İnci, 2006). Bakım verme yükünün ölçülmesi ya da değerlendirilmesi klinisyenler ve araştırmacılar için özellikli bir konu olmuştur (Yaşar, 2008). Yükün bilinmesi ve ortaya çıkarılması hem bakım vericilerin hem de alıcıların yaşam kalitesini arttırmaya katkı sağlamaktadır (Özer, 2010).

Bakım sağlayan aile üyelerinin bakım yükünün ölçülmesi için araştırmacılar tarafından pek çok ölçek geliştirilmiştir (Tablo 1). Geliştirilen bakım yükü ölçüm araçlarının çoğu kanserli hastalara bakım veren bireyler için oluşturulmuş ve diğer kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri için kullanılmıştır. Ölçekler bakım yükünü objektif, subjektif ya da her iki yönden değerlendirmeyi sağlamaktadır. Klinik ve araştırma alanında bakım verici yükünün ölçümünde ideal olarak çok boyutlu, geçerli, güvenilir ve klinik olarak uygun aracın kullanılması gerekir. Bakım vericinin zorlukları ya da yükünün değerlendirilmesi bu etkileri azaltmaya yönelik girişimlerin uygulanması için önemlidir (Honea ve ark., 2008).

Ülkemizde Babaoğlu (2001) tarafından “Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Gereksinimleri”ni belirlemek üzere 52 maddeli bir form geliştirilmiş ve diğer çalışmalarda kullanılmıştır (Babaoğlu ve Öz, 2006; Yaşar, 2008).

Tablo 1. Bakım verme yükünü belirlemek için kullanılan ölçüm araçları (Yaşar, 2008).

Ölçek	Yazar ve Yılı	Faktörler/ Boyutları	Madde Sayısı	Derecelendirme	Çevrildiği Diller
Bakım Verme Yükü Ölçeği (Zarit Burden Inventory)	Zarit ve ark., 1980	Sağlık, psikolojik iyilik, finans, sosyal yaşam, hastasıyla ilişkileri	22	Beş dereceli ölçüm: “0” (asla), “4” (her zaman)	İngilizce, Türkçe, İspanyolca, Japonca, Fransızca, Çince
Caregiver Strain Index	Robinson, 1983	İşsizlik, finansal, fiziksel, sosyal, zaman durumu	13	“Evet” ya da “Hayır”	İngilizce
Caregiver Reaction Assessment	Given ve ark., 1992; Stommel ve ark., 1992	Bireysel iyilik, aile desteğinin yokluğu, finans ve sağlık üzerine etkileri	24	Beş dereceli ölçüm: “1” (kesinlikle katılıyorum), “5” (kesinlikle katılmıyorum)	İngilizce, Japonca, Almanca, Norveççe, Korece
Memorial Symptom Değerlendirme Ölçeği (Memorial Symptom Assessment Scale)	Portenoy ve ark., 1994	Sıklık, ciddiyet ve hasta semptomlarının distresi	24	Dört dereceli ölçüm	İngilizce
Caregiver Demands Scale	Stetz, 1987	Hijyen bakımı, hareket ve konfor, tedavileri, denetlemesi, dinlenmesi, yeni becerilerin elde edilmesi	46	Beş dereceli ölçüm, “1” (hiçbiri zor değil), “5” (çok zor)	İngilizce
Appraisal of Caregiving Scale	Oberst et al., 1989	Zarar/ kayıp, tehdit, mücadele ve yararına ilişkin yük	72	Beş dereceli ölçüm: “1” (hiç doğru değil), “5” (çok doğru)	İngilizce

2.2.7. Bakım Verenlerin Desteklenmesinde Hemşirenin Rolü

İnsan yaşamının devamlılığını sürdürebilmesi için bireyin temel insan gereksiniminin karşılanması gerekmektedir. Hemşireliğin tanımında da belirtildiği gibi, hasta ya da sağlıklı bireyin hastalık vb. nedenlerle kendi temel gereksinimlerini karşılayamadıkları zaman, onlar adına bu gereksinimleri karşılama sorumluluğunu hemşirelerin üstlendiği, tüm hemşire kuramcılar tarafından ifade edilmektedir (Yaşar, 2008).

Onkoloji hemşireleri, diğer hemşirelik sorumluluklarının yanı sıra onkoloji hastalarında kanser tedavisinin neden olduğu semptomların kontrol altında tutulmasından da sorumludur. Günümüzde kanserde hemşirelik bakımı genelde laboratuvar verilerini değerlendirme, cerrahi sonrası bakım, kemoterapi uygulaması gibi alanlarda yoğunlaşmaktadır. Oysa hemşirelerin kanser ve tedavisinin ortaya çıkardığı bulantı, kusma, yorgunluk ve ağrı gibi semptomlar üzerinde odaklaşması ve bu semptomlarla baş etme stratejilerini bakıma yansıtması gerekmektedir. Kanser hemşiresinin hastalarda görülebilecek olan semptomları belirleyip, uygun önlemler alması ve hasta ile birlikte baş etme stratejilerini belirlemesi, semptomların kanser hastalarının yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltması nedeniyle önemlidir. Hemşirenin bulantı, kusma, ağrı, iştahsızlık, saç dökülmesi gibi semptomları ele alarak bu semptomların azaltılması/giderilmesi için hasta ve aileyi desteklemesi, hastanın ve ailenin yaşam kalitesini olumlu etkileyecektir (Uğur, 2006).

Hekim ve diğer sağlık personeli genellikle dikkatini hasta üzerinde yoğunlaştırmakta ve hastaya en çok desteği veren hasta yakınları gözardı edilmektedir. Gözardı edilmenin de ötesinde çoğu kez bu insanlara haşin, hatta sert davranıldığı da bilinen bir gerçektir. Hastaya daha fazla destek sağlanması açısından ele alınsa bile bu insanların psikolojik ve diğer yönlerden büyük desteğe gereksinim duydukları akıldan çıkarılmamalıdır (Özkan, 2002). Kanserli hasta ailesinin hastanın kendisi gibi, sağlık çalışanının ilgi alanında olmasını gerektiren iki temel nedenden söz edilebilir. Bunların birincisi, hastanın hastalığı yaşama sürecinde ona duygusal ve sosyal destek oluşturmakta ailenin yadsınamaz öneme sahip oluşudur. Bu durum zaman zaman aile üyelerinin hastayla ilişkilerinde denegelerin bozulması ve ailenin bir üyesinin hasta yerine karar vermek gibi sorumlulukları üstlenmesi biçiminde ortaya çıkabilir. Hasta

ailesinin sağlık çalışanının ilgi alanında olmasının bir diğer nedeni ise hastalık sürecinde hastanın yitirilmesi (kayıp) olasılığının aile bireylerinde yaratabileceği sarsıcı etkilerin psikolojik müdahaleler yoluyla en aza indirilebilmesidir. Bu müdahaleler hasta yakınlarının bilgilendirilmesi, oluşabilecek güçlüklerin bir profesyonelin rehberliğinde ele alınarak paylaşılması gibi birçok biçimlerde yapılabilir (Okuyuz, 1999).

Bakım verme, hemşirelerin bağımsız olarak uyguladığı, geleneksel ve en eski rollerindendir (İnci, 2006; Temizer, 2009). Hemşire hasta bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlığına yönelik yaklaşımlarda bulunmanın yanı sıra, bakım verenleri de ele almalıdır (Temizer, 2009). Bakım gereksiniminin arttığı bir ortamda hemşire bakım verme rolünü gerçekleştirirken birey, aile ya da toplumu bütüncül değerlendirmelidir. Hemşire aile üyelerinde tükenmişlik, depresyon, geri çekilme, öfke, yorgunluk, irrasyonel düşünce, irritabilite gzlediğinde gerekli girişimlerde bulunmalıdır (zer, 2010).

Bakım verenin sorunlarını belirlemek için veri toplamak, bakım planlarında hasta, bakım veren ve diğer aile üyelerini birlikte ele almak, bütün hemşirelik girişimlerinde hasta ve bakım verenin güvenliğini ön planda tutmak, onlara streslerini azaltmaları, morallerini yükseltmeleri ve g kazanma yolları bulma konusunda yardım etmek, hemşirenin profesyonel sorumluluklarındandır. Hemşireler bakım verenin hastalıkla ilgili bilgi, tutum ve davranışlarını gözlemlemeli, bakım verme rolü ve kanserli hastanın sağlık durumu ile ilgili yaşayabilecekleri hayal kırıklıklarının farkında olmalı, bakım verenlerin olumlu tutum geliştirmelerine yardım etmelidir (İnci, 2006; Yaşar, 2008; Temizer, 2009).

Kronik hastalığı olan bireylerin bakım vericileri için öz-yönetim eğitim programları bireylerin öz-etkililiği, sağlık değerlendirmesi, bilişsel semptom yönetimi ve aerobik egzersiz gibi küçük ve kısa dönem gelişmeler sağlayabilir (Yaşar, 2008). z-yönetimin güçlendirilmesine yönelik eğitim programları yazılı ve sözlü bilgilendirme, hastalık yönetimi ve tedavisi, semptomlar, ataklar, egzersiz, relaksasyon, enerji depolama, beslenme, iletişim ve sosyal ilişkiler, sağlık personeli ile etkileşim ve kendi eylem planını oluşturma gibi konuları içerebilir (Jonsdottir, 2008). Hemşirenin, bakım verenlerin gereksinim duyduklarında yardım ve rehberlik hizmetlerini nereden ve ne zaman alacakları konusunda yapacağı danışmanlık, bakım verenin yardım arama

çabasını destekleyerek yararlı olabilir. Bireye yaşadığı duyguların normal olduğu ve yapabileceğinin en iyisini yaptığı konusunda geri bildirim verilmesi yararlı olmaktadır. Bakım verenin sevdiği birine sağladığı bakımla ilgili bilgi ve deneyime ihtiyacı olabilir. Örneğin; hastalık, ilaç kullanımı, tehlike belirtileri, uygun teknoloji kullanımı hakkında eğitim, onların yeterlilik ve memnuniyet duygularını arttırmaktadır (İnci, 2006; Yaşar, 2008; Temizer, 2009). Birçok bakımdan bilgi araştırma, ailenin sorumluluğudur. Bazı aile bireyleri hali hazırda hastaya verilmiş olabilecek bir bilgi için doktora yaklaşma konusunda kendilerini uygun hissetmediklerini bildirmişlerdir. Sağlık profesyonelleri ile aile bireyleri arasındaki iletişim aile ile sağlık profesyonelleri arasında bir arabuluculuk görevi yapmayı kabul edecek bir aile bireyinin atanması, bilginin belirli aralıklarla tekrarlanması, telefon ve yazılı literatür aracılığıyla coğrafik yönden uzak bireylerin bilgilendirilmesi sayesinde kolaylaşabilir. Bir sağlık profesyoneli tarafından organize edilmiş bir aile konferansının değerinin de aynı zamanda bütün aile bireylerinin aynı birinci el bilgileri almasını sağlamanın en etkin yolu olduğu rapor edilmiştir (Uğur, 2006).

Bakım verenlerin kendi gereksinimlerini ve sağlıklarını ihmal edebilecekleri dikkate alınarak öz bakımın önemi üzerinde durulmalı, kişinin bir başkasına bakım verebilmesi, ihtiyaçlarını karşılayabilmesi için öncelikle kendi ihtiyaçlarının karşılanmış olmasının gerekli olduğuna vurgulanmalıdır. Bakım verenler alkol, reçete edilmemiş ilaç kullanımı, üzüntü ve anksiyete, iştahta artma ya da azalma, uyku düzeninde değişim, kaygı ve depresyon gibi tükenmişlik belirtileri açısından izlenmeli ve kendini bu yönde izlemesi sağlanmalıdır (İnci, 2006; Yaşar, 2008; Temizer, 2009).

Babaoğlu ve Öz (2003)'ün aktardığına göre Smeenk ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (1998) kanser hastasına ve ailesine psikososyal alanda bakım veren hemşirelerin kullandığı 25 müdahaleden 20'sinin yararlı olduğu ortaya çıkmıştır. Hollanda ve Almanya'da kanser hastalarını ve aile üyelerini desteklemek amacıyla onkoloji kliniklerinde bakım programları düzenlenmiş, hasta ve bakım verenler desteklenmiştir. Bu program sonrasında yapılan değerlendirmelerde hasta ve bakım verende duygusal ve sosyal sorunların dağılım ve şiddetinde bir düşüş gözlemlendiği belirtilmiştir (Babaoğlu ve Öz, 2003). Hemşireliğin destekleyici rolünün temel hedefi, hasta ve ailesine sıkıntı veren duyguları anlamalarında yardımcı olmaktır. Araştırmalar

kanseri yaşıyan ailelerdeki rol değışikliğinin, hastalık konusunda açık bir iletişim kuran ailelerde daha iyi çözümlendiğini göstermektedir. Birlikteliğe daha fazla gereksinim duyulduğundan, aileler birbirinden uzaklaşmak yerine birbiriyle iletişime cesaretlendirilmelidir. Hemşireler hasta ve aile arasında açık bir iletişimin kurulmasında rol modeli olabilirler ve aile toplantıları gereksinim ve sorunların ele alınmasında önemli bir fırsat olabilir (Bahar, 2007). Ölümcul hastalığı olan hastalara bakım hizmeti sağlayanlarla yapılmış kapsamlı bir incelemede, Haley ailelere yardımcı olacak umut verici birçok strateji tanımlamıştır. En önemli adım ailelere hastanın hastalığını anlayabilmesi ve bu durumla baş etmek için gerekli olan bilgiyi sağlamaktır. Bakıcılar, hastayla daha iyi iletişim kurmayı öğrendiklerinde karşılaştıkları iyi ve kötü zamanlarını da içeren rollerini sorgulamaya ek olarak bu durumdan fayda görebilirler (Zarit, 2004).

Multidisipliner bakım ekibinin bir üyesi olarak hemşire; doktor, sosyal hizmet uzmanı, psikolog ve diğer uzmanlarla birlikte çalışır. Kanserli bireye bakım veren hemşirenin, psikolojik destek yapabilecek yeterliliğe sahip olmanın yanı sıra kritik bakım yönetiminde de uzman olması gerekmektedir (Uğur, 2006).

Hasta ve ailesinin geçirdiği aşamaya göre hemşirenin yapması gereken girişimler şunlardır:

Tanı Aşaması: Tanı ile başlayan döneme “akut evre” denilmektedir. Bu dönem hem hasta hem de hasta ailesi için “tepki” evresi olarak adlandırılır. Aile içinde bu travmatik deneyime karşı değışik tepkiler değışik şekillerde verilebilir (Özkan, 2007). Ciddi bir hastalıkla ailenin başa çıkma ve uyum gösterme çabalarını tanımlarken ilk adım, sadece hasta üzerine odaklanmak yerine hastalıktan psikososyal olarak etkilenen herkesi içeren bir model oluşturmaktır. İkinci adım ise hastalık, hasta üye ve aile arasındaki karşılıklı etkileşimleri normatif bir çerçevede tanımlamaktır. Son olarak, normal ailelerin sorunsuz olacağı düşüncesi yerini tüm ailelerin zorluklarla karşılaşabileceği düşüncesine bırakmalıdır (Tüzer, 2001). Burada en önemli konu hemşire ve diğer sağlık peronelleri tarafından doğru ve yeterli bilginin aile bireyleri ile paylaşılmasıdır. Bu tutum aileyi duygusal tepki aşamasından fonksiyonel (etkin) tepki aşamasına taşıyacaktır. Akut evrede hem kendilerini hem de hastayı korumak açısından bir çok aile “sessiz bir tutum” takınmayı tercih eder. Bu hem hastalığın seyri hem de aile içi ilişkiler açısından olumsuz bir yaklaşımdır (Özkan, 2007).

Remisyon Dönemi: Bu evre uzun ve zahmetli tedavi sürecinin başladığı ve iyileşmenin hedeflendiği dönemdir (Özkan, 2007). Hemşire aileye tedavinin yan etkileri ve bunlarla nasıl baş edecekleri konusunda bilgi vermelidir ve verdiği eğitimin aile üyeleri tarafından doğru algılandığından emin olmalıdır (Burish ve Redd, 1994).

Bu aşamada aileler hem hastanın hem de ailenin diğer üyelerinin gereksinimlerini belirleyip normal gelişim süreçleri içinde yaşantılarını sürdürmelidirler. Bu oldukça zorlayıcı hatta kimi zaman imkansız bir tutum olmakla birlikte hem hastanın hem de ailenin uzun dönemli uyumu açısından gereklidir (Özkan, 2007). Aile “normal” yaşamını sürdürebilme umutlarının ancak hasta üyenin ölümünden sonra gerçekleşebileceğini düşünebilir (Tüzer, 2001). Hemşire aileyi mümkün olduğunca eski yaşam biçimlerini sürdürmeleri konusunda cesaretlendirmelidir. Her bir aile üyesinin gereksinimlerinin karşılanması için yaşam biçimlerinin yeniden oluşturulmasında yardımcı olunmalıdır. Bu yüzden hemşire ailenin tanı öncesindeki sosyal yaşamları konusunda bilgi almalıdır. Hemşire ailenin baş etmek için hangi yöntemleri kullandığını değerlendirmeli ve aileye stresle baş etme yöntemlerini öğretmelidir. Baş etme sorunları yaşayan aile üyelerinin de gerekli yardımı almaları konusunda yönlendirmelidir. Ailenin bir psikiyatristten yardım almaları gerekebilir (Burish ve Redd, 1994).

Rölaps Dönemi: Hastalığın tedaviye yanıt vermediği ve prognozun kötü olduğu anlamına gelen rölaps aile üyelerinin ikinci bir kriz yaşamasına neden olur. Tanı öğrenildiğinde yaşanan kriz durumu tekrar yaşanır. Rölaps ailede güçsüzlük ve umutsuzluk duygularının gelişmesine neden olur (Burish ve Redd, 1994). Umudun sağlanmasına yönelik hemşirelik uygulamalarında amaç, bireylerin hastalık deneyimleriyle baş etmelerinde ve yaşantılarından anlam bulmalarında onlara yardım etmektir. Umudu sürdürmek ve umutsuzluktan kaçınmada yardım etmek hemşirenin görevidir (Bahar, 2007a). Hemşire aile ile yakın ve açık iletişimi sürdürerek tedavi konusunda aileye gerekli açıklamalar yapmalı, yanlış anlamaları düzeltmelidir. Ailenin güçlü yönleri desteklenmeli ve umut duygusu tekrar canlandırılmaya çalışılmalıdır (Burish ve Redd, 1994).

Terminal Dönem: Terminal kelimesi anlam olarak “uç-son”, bir sürenin bitimi anlamına gelmektedir. Terminal dönemdeki hasta dendiğinde ise, yaşamın sonuna

gelmiş, ölmek üzere olan hasta anlaşılır (Birol ve ark., 1997). Terminal dönem kanser hastaları medikal-küratif tedavilerin sonuç vermediği ancak, palyatif olarak tedavisi mümkün olan hasta grubudur. Bu hastalığın tedavisinde kullanılan palyatif bakımda hastanın semptomlarının rahatsızlığını azaltarak huzur içinde ölmesi ve hasta yakınlarında fiziksel, duygusal ve sosyal iyilik halinin sağlanması esastır (Babaoğlu ve Öz, 2003).

Ölüm bireyin fiziksel ve psikolojik anlamdaki son evresi olup, evrensel bir olgudur (Işıl ve Karaca, 2009). Doğum nasıl gerçek ve evrensel bir olay ise, ölüm de gerçek ve evrensel bir olaydır (Birol ve ark., 1997). Ölümün algılanışı üzerinde dinlerin, kültürlerin, toplumsal değer yargılarının, inançların, adetlerin ve geleneklerin önemli rol oynadığı, bu nedenle de ölüme karşı tutum ve tepkilerin değişiklikler gösterdiği bilinmektedir (Işıl ve Karaca, 2009). Literatürde terminal dönem kanser hastalarının evde ölmek istemediklerine dair bulgular vardır.

Ölüm yeri tercihini etkileyen faktörler;

- Hastanın sosyal ortamı ve yaşama düzeni,
- Bakım verenin hastaya bakma kapasitesi,
- Hastanın bakım verenin/ailenin refahı hakkında endişelenmesi,
- Bakım verenin tutumları ve bakım için gönüllülüğü,
- Semptom yönetimi,
- Hastanın saygınlığını kaybetme korkusu,
- Hasta ve bakım verenin hizmetlerin güvenilirliği ve önerilen “güvenlik” derecesi algılamaları,
- Hastanın “hospis”e bakış açısı,
- Hastanın hastanelerle ilgili deneyimi,
- Hastanın toplum odaklı hizmetlerle ilgili bilgi ve tecrübesi,
- Hastanın evde hastabakıcı hizmetine bakış açısı,

- Hastanın ölüm ve ölme konusundaki dini inancını içeren bakış açısı,
- Ölüm ve ölme konusundaki önceki kişisel deneyimlerdir (Thomas ve ark., 2004).

Bu alan ve faktörler analitik olarak birbirinden ayrı sunulmasına rağmen, kişilerin hayatlarında karmaşık yollarla birbirlerini etkilemektedir (Thomas ve ark., 2004).

Hemşireler bireye, aileye ve topluma bakım veren sağlık profesyonelleridir. Terminal dönemdeki hasta ve yakınlarına verilecek hizmette en önemli rol hemşirelere düşmektedir (Bahar, 2007b; Işıl ve Karaca, 2009). Terminal evredeki hastayla çalışan hemşireler hastaların korkuları, hastanın bireyselliğinin ve aile bütünlüğünün korunması, ailenin duygusal ve fiziksel olarak güçlenmesi için planlama yapma ve aileyi yas sürecine hazırlama, semptomları kontrol ederek hastanın rahat ölümünü sağlama ile sorumludurlar (Bahar, 2007b). Kaliteli sağlık bakımı için terapötik iletişim kurmak ve sürdürmek gerekmektedir. Ancak hastanın beklenen ölümü, hemşirenin yaşamı koruma ve sürdürme amacına ters düşmekte, ölüm yok sayılmakta ve bunun sonucunda hasta/aileleri ile iletişimde güçlükler yaşanmaktadır. Sağlık ekibi için ölüm hakkında konuşmak sıkıntı yaratmakta ve bazen de yük olarak algılanmaktadır. Sağlık ekibi-hasta ve aile arasında etkisiz iletişim nedeniyle genellikle tedavi ve prognoza odaklanılmakta, hastanın duygusal güçlükleri ve beklentileri ihmal edilmektedir (Işıl ve Karaca, 2009). Bu alanda çalışan hemşireler, kanser hastaları ve yakınları ile görüşme teknikleri, onların duygularını ifade edebilmelerini sağlama ve duygularını paylaşma, onlara destek verebilme, psikiyatrik bozuklukları tanıyabilme konularında eğitilebilirler. Hastaların fiziksel bakımı ile psikolojik bakımı arasında bir bağ olarak hizmet veren konsültasyon liyezon psikiyatrisi hemşireleri; hastaların tedavi, bakım ve rehabilitasyonunda etkin rol almalıdırlar. Stresle baş etme, terapötik iletişim gibi alanlarda eğitim, danışmanlık hizmetleri ve psikoterapötik yaklaşımlar gibi konularda konsültasyon liyezon hemşiresinin de görüşü alınmalıdır (Bahar, 2007a).

Ölmek üzere olan bir kimsenin sayısız duygusal gereksinimi vardır. Hasta kendini güvende hissetmek, kişiliğini ve değerini korumak, bir gruba, aileye ve hastaneye, bakım gören hastaların oluşturduğu çevreye ait olmak duygusunu

kaybetmemek ister. Ayrıca her türlü umuda gereksinim duyar. Sağlığına yeniden kavuşma umudunu yitirince, içe dönebilir ve çektiği acıların sona ermesini isteyebilir (ötenazi) veya en sevdiği yiyeceği bir kez daha tatmak ya da belirli bir kimseyi yeniden görebilecek kadar yaşamak isteyebilir (Birol ve ark., 1997). Ölmek üzere olan hastada psikik morbiditeyi ve psikolojik acıyı azaltmak, uyumu sağlayarak yaşam kalitesini arttırmak, kaygı, depresyon ve diğer psikiyatrik semptomları düzeltmek, yalnızlık ve izolasyonu önlemek, ağrı ve diğer fizyolojik semptomlarla başetmeye yardım etmek, hastanın tedaviye etkin katılımını sağlamak ve hastanın umutlarını destekleyip güçlendirmek ele alınması gereken temel hemşirelik yaklaşımlarıdır (Bahar, 2007b). Son günlerini yaşayan hasta ile iletişimde temel amaç kalan yaşamın kalitesini yükseltmektir. Duyguların uygun şekilde paylaşılmasının sağlanması, kalan günler için kısa hedefli planlamalar yapmalarına yardım, geçmişin gözden geçirilip bugün yapılabileceklerin değerlendirilmesi, gelecekte onun adına neler yapılmasını istediğinin konuşulabilmesi yaşam kalitesini yükseltebilmek amacı ile gerçekleştirilebilir (Özkan, 2007). Hemşire hastanın ne istediğini öğrenmeli ve bu istek gerçeğe uygunsa kendisini desteklemelidir (Birol ve ark., 1997).

Hemşireler çoğunlukla hasta bakımına odaklanmakta ve ailelerin içinde bulunduğu durumu gözden kaçırabilmektedirler. Oysa aile bir bütündür ve aile sistem kuramcılarına göre aile üyelerinden birinin hastalığı tüm aile sistemini etkilemektedir (Işıl ve Karaca, 2009). Keder yaşayan bireyler çaresizlik, suçluluk, inkar, korku, şaşkınlık ve öfke gibi duygular yaşayabilir. Beklenen ölüme ilişkin bu duygular, bireyin yitirilmesinden sonra yaşanan duygular kadar şiddetli olabilir (Bahar, 2007b). Ölümcül bir hastalık durumunda aileler için en önemli iletişim gereksinimleri; sorularına yanıt alabilmek, değişiklikler hakkında bilgilendirilmek, anlaşılabilir açıklamalar duymaktır. Ailelerin terminal dönem bakıma katılması kabullenme sürecini kolaylaştırmaktadır (Işıl ve Karaca, 2009).

Terminal dönem hastaya bakım veren aileler için yapılabilecekler şöyledir;

Ailenin Kederini Tanıma: Bu süreçte yapılan hatalar; “Daha kötü olabilirdi”, “Şimdilik sıkıntısı yok”, “Üzülmeyin” gibi ifadelerdir. Aileyi rahatlatmayan bu ifadeler yerine kullanılabilecek “Ne olacağını bilmemek sizin için güç olmalı”, “Bu dönemin sizin için sıkıntılı olduğunu biliyorum” gibi ifadelerin kullanılması aileye

onların kederinin kabul edildiğini, istedikleri zaman paylaşabileceklerini hissettirir (Işıl ve Karaca, 2009).

Bilinen Kelime ve Kavramları Kullanma: Anlamı bilinmeyen tıbbi terminolojinin kullanımı aile için kaygı yaratabilir. Mümkün olduğunca basit anlaşılabilir kelimeler kullanılmalı ve tıbbi terimlerden kaçınılmalıdır (Işıl ve Karaca, 2009). Konuşurken aile bireyleri ile göz kontağı kurulmalı, sakın ve yavaş hızda durum anlatılmalıdır (Kebudi, 2006).

Yapay Krizleri Önleme: Ailenin bütün kaygısının her zaman hastanın durumundan değil, sistemden ve sağlık ekibinden de kaynaklanabileceği bilinmeli ve bu gibi durumlarda daha dikkatli olup yapay krizler ortaya çıkmadan önce önlenmelidir (Işıl ve Karaca, 2009).

Aileyi Hastanın Bakımına Katma: Bazı aile üyeleri hastalarının bakımına katılmak isterken bazıları istemez. Böyle bir durumda yardım etmek isteyenlere yol gösterici olmak gerekir. Hasta yakınlarına “hastanızın bakımında neleri yapabilirsiniz” diye sorulabilir. Bu hem aileye işe yaradıklarını hem de hastaları için bir şeyler yapabildiklerini hissettirir (Işıl ve Karaca, 2009).

Ailenin Yardım Bulmasına Destek Olma: Ailenin güçlük yaşadığı durumları ve yardım gereksinimlerini görebilmek hemşirenin sorumlulukları arasındadır. Aile akrabalarından, arkadaşlarından, komşularından yardım almaları konusunda yönlendirilebilir (Işıl ve Karaca, 2009).

Evdeki Rol Değişikliklerini Tanıma: Aile, bir sistemdir ve her üyenin bazı rolleri vardır. Bir üyenin ciddi hastalığı o kişinin rollerinin diğerleri arasında paylaşılmasını kaçınılmaz kılar. Ailede baba hastalanınca iş kesintiye uğrar, ailenin ekonomik durumu sarsılır, uyum zorlaşır ve anne bunu telafi etmeye uğraştığı zaman özellikle çocuklar desteksiz kalır (Işıl ve Karaca, 2009). Hasta çalışmadığından ya da ailede başka bir bireyin hasta nedeniyle çalışma saatleri kısıtlandığından aile gelirinin düşmesi bir çok aileye büyük yük getirir (Dinçol ve ark., 1993). Anne hastalandığında ise, insan ilişkilerinin düzenlenmesi, aile içinde dayanışma sağlanması ve genel destekleyici tutum azalır. Çocuk ya da kardeş hastalanınca diğer üyeler sorumluluklarından kaçır, ilgi ve sevgi ona odaklanır (Işıl ve Karaca, 2009).

Keder süreci yaşayan bir aileye danışmanlık yaparken, kederi çocukların yetişkinlerden farklı yaşadıkları unutulmamalıdır. Çocuğun ölümü algılayışını ve düşüncelerini anlamak çok önemlidir. Adölesanlar ise ölümü gerçek anlamda anlayabilirler. Bilinmesi gereken, çocuk hangi dönemde olursa olsun soru sormasını sağlayıp, istediği ve anlayabileceği bilgiyi vermektir (Bahar, 2007b).

3. MATERYAL METOD

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, ilişki arayan tanımlayıcı araştırma ilkelerine uygun olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma Samsun ili Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Servisi'nde 02 Ocak-02 Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Servisi'nde 2 Ocak-2 Mart 2011 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Araştırmanın evrenini, belirtilen tarihler arasında serviste yatarak tedavi alan kanser hastalarına primer bakım veren 273 aile bireyi oluşturdu. Örneklem büyüklüğü önceki çalışmalarda bakım verme değişkenlerine göre bakım verme yükü ile ilgili hesaplanan standart sapma, ortalama değerleri dikkate alınarak Win Episcopy 2.0 programıyla hesaplandı. Bu çalışmalarda standart sapma değerleri 10-13 arasında, ortalamalar ise 27-31 arasında değişmekteydi. Buna göre ortalamalar arasında 4 birim fark olacak şekilde, standart sapma değeri olarak 12,5 alınarak, %95 güven sınırı ve %80 test gücü elde edebilmek için minimum 160 bakım verici aile bireyi alınması hedeflendi. Bu sürenin hedeflenen sayıya ulaşabilmek için yeterli olup olmadığını belirlemek için önceki senenin aynı periyodunda yani 2010 yılının Ocak-Mart ayları arasında Radyasyon Onkolojisi Servisine yatışı yapılan hasta kayıtları incelendi ve 253 hasta yatışı yapıldığı ve elde edilen bu bilgiye göre bu sürede minimum 160 hasta yakınına çalışmaya dahil etmek ulaşılabilir bir hedef olarak belirlendi.

02 Ocak-02 Mart 2011 tarihleri arasında belirtilen serviste tedavi alan kanser hastalarının primer bakıcısı olan, araştırmaya katılmaya engel oluşturacak, araştırmadan dışlanmasını gerektirecek bir nedeni olmayan, araştırmaya katılmayı kabul eden ve okur-yazar olan tüm aile bireyleri çalışmaya alındı. Bu süre içerisinde yatışı yeni yapılacak hastalar kayıtlardan takip edildi ve onların da bakım verici aile bireyleri çalışmaya dahil edildi. Ancak bakım vericilerin 24'ünün okuma yazması olmaması,

19'unun bakım verme görevini 6 aydan daha az sürede yapıyor olması, 16'sının çalışmaya katılmayı kabul etmemesi, 11'inin 65 yaş üzeri olması, 4'ünün depresyon, 2'sinin diğer bir psikiyatrik bozukluk öyküsü olması ve 2'sinin bakım verme hizmetini para karşılığı yapması nedeniyle araştırma kapsamına alınamamış ve araştırma 195 bakım verici aile bireyi ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Kanser tanısı almış hastaya bakım veriyor olmak
- Aile bireyinden birine bakım veriyor olmak
- 18-65 yaş aralığında olmak
- En az 18 yaşında kanser hastasına bakım veriyor olmak
- Bakım verdiği hastanın bakımından sorumlu primer kişi olmak (sağlık profesyonelleri dışında)
- Bakım verilen kişiye en az 6 aydır bakım veriyor olmak
- Gönüllü olmak
- Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik bir engeli olmamak
- Okur-yazar olmak

Araştırmaya dahil edilmeme kriterleri;

- 18-65 yaş aralığında olmamak
- 18 yaşın altında kanser hastasına bakım veriyor olmak
- Gönüllü olmamak
- Bakım verenin geçmiş tıbbi öyküsünde psikiyatrik hastalık olmak
- Bakım hizmetini ücret karşılığı vermek
- Soruları cevaplamakta engel oluşturacak zihinsel ve organik bir engeli olmak
- Bakım verdiği kişi ile kan bağı bulunmamak
- Okur-yazar olmamak

3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Gereçler

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından bu konuya ilişkin literatür incelenerek geliştirilmiş, hastayla ilgili bilgilerinde yer aldığı soru formu (Ek 1) ve “Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği” kullanılmıştır (Ek 2).

3.4.1. Hastaya Bakım Veren Tanıtım Formu

Bu formda hastaya bakım veren aile bireyinin tanıtıcı özellikleri, bakım verme deneyimi, hastanın hastalığı ve aktivitelerini yerine getirebilme durumu ile ilgili sorular bulunmaktadır. Bunlar bakım verenin yaş, yaşadığı yer, cinsiyet, hasta ile olan yakınlık derecesi, medeni durumu, evli ise çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya bakım verme süresi, daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşama durumu, böyle bir deneyim yaşadıysa bakım verme süresi ve hastanın yardımsız yemek yiyebilme, giyinebilme, tualete gidebilme, banyo yapabilme, büyük abdestini ve idrarını kontrol edebilme durumu ve hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti ile ilgilidir.

3.4.2. Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı

Kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinin algıladıkları yüğü değerlendirmek amacıyla Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeğı kullanılmıştır. Bu ölçek bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri belirlemek amacıyla Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğın Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fadime Hatice İnci tarafından 2006 yılında yapılmıştır (İnci, 2006).

Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla kullanılabilen bu ölçek, bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilir ve bakım vermenin bireyin yaşamına olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, oldukça sık yada hemen her zaman şeklinde 0'den 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (Alpteker, 2008; Yaşar, 2008; İnci, 2006; Chiu ve ark., 2009; Wilks, 2006). Bununla bakıcı/hasta ilişkisi, bakıcının sağlık durumu, psikolojik rahatlığı, sosyal hayatı ve ekonomik yüğü değerlendirilebilmektedir (Yüksel ve ark., 2007; Aydın ve ark., 2009).

Bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü belirleme amacıyla en fazla kullanılan ölçeklerden biri olan Bakım Verme Yüğü Ölçeğı birçok dile uyarlanarak, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Türkçe formunun iç tutarlılık katsayısının 0,95, test-

tekrar test değişmezlik katsayısının 0,90 olduğu belirtilmiştir (İnci, 2006). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,90 olarak bulunmuştur.

Bu formlar belirlenen şartlara uyan, sözlü ve yazılı şekilde gönüllü olduğunu bildiren hasta yakınları tarafından doldurulmuştur.

3.4.3. Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Uygulamaya başlamadan önce örneklem grubunu oluşturan kanser hastalarının primer bakım verici aile bireylerine araştırmanın amacı açıklanmış ve daha detaylı bilgi için gönüllü olur formunu okumaları istenmiştir. Gönüllü olur formunu okuduktan sonra, gönüllü olduğunu sözlü ve yazılı bildiren hasta yakınları tarafından soru formları yanıtlanmıştır. Tüm bakım vericilere bulundukları hastane ortamında (hasta odası veya isteğe bağlı hemşire odası), kendileri için en uygun zamanlarda (hastanın uyuduğu, dinlendiği, fiziksel ve emosyonel rahatlığı sağlandığı zaman) soru formları uygulanmış olup her bir soru formu 20-30 dakikada uygulanmıştır.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler bilgisayarda SPSS 17,00 paket programıyla değerlendirilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan testlerin uygulanışları aşağıda gösterilmiştir.

- Bakım verenin ve hastanın yaşını değerlendirmek için; Tanımlayıcı İstatistikler
- Bakım verenin tanıtıcı özelliklerini (yer, cinsiyet, hastaya yakınlık derecesi, medeni durumu, çocuk sayısı, eğitim durumu, mesleği, sağlık güvencesi, çalışma durumu, gelir düzeyi, hastaya bakım verme süresi, daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşama durumu, böyle bir deneyim yaşadıysa bakım verme süresi) değerlendirmek için; Tanımlayıcı İstatistikler
- Hastanın tanıtıcı özelliklerini (yardımsız yemek yiyebilme, giyinebilme, tuvalete gidebilme, banyo yapabilme, büyük abdestini ve idrarını kontrol edebilme durumu, hastanın tanısı, cinsiyeti) değerlendirmek için; Tanımlayıcı İstatistikler,

- Bakım verenin yaşı ve bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için; Spearman Korelasyonu,
- Hastanın yaşı ve bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için; Spearman Korelasyonu,
- Bakım verenin yaşadığı yer, çocuk sayısı, çalışma durumu, gelir düzeyi, daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaşıdıysa bakım verme süresi değişkenlerine göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Kruskal Wallis Testi,
- Bakım verenin eğitim durumu, mesleği, hastaya bakım verme süresi, hastaya yakınlık derecesi değişkenlerine göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Kruskal Wallis Testi ve Benforroni Düzeltmeli Manny-Whitney U Testi,
- Hastanın tanısına göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Kruskal Wallis Testi,
- Bakım verenin cinsiyeti, medeni durumu, sosyal güvencesi, daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastanın bakımı konusunda deneyim durumuna göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Manny-Whitney U Testi,
- Hastanın cinsiyetine göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Manny-Whitney U Testi,
- Hastanın öz-bakım gereksinimlerini karşılama durumlarına ait değişkenlere göre bakım verme yükü puanlarını değerlendirmek için; Manny-Whitney U testi kullanılmıştır.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutulmuş, bakım verenlere açıklamalı gönüllü olur formları verilmiş, gönüllü olarak katılmayı sözlü ve yazılı şekilde kabul eden bakım verenler araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Hastalara gerektiğinde sözlü açıklamalar da yapılarak “bilgilendirilmiş onam” koşulu da etik ilke olarak yerine getirilmiştir (Ek 3).

Araştırma yapılmadan önce planlanan araştırmayla ilgili ayrıntıların yer aldığı etik kurul formları Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul’una sunularak araştırmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır (Ek 4).

Araştırma yapılmadan önce planlanan araştırmanın Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde yapılabilmesi için hastane Başhekimliğine dilekçe yazılmış ve çalışmanın yapılması için kurum izni alınmıştır (Ek 5).

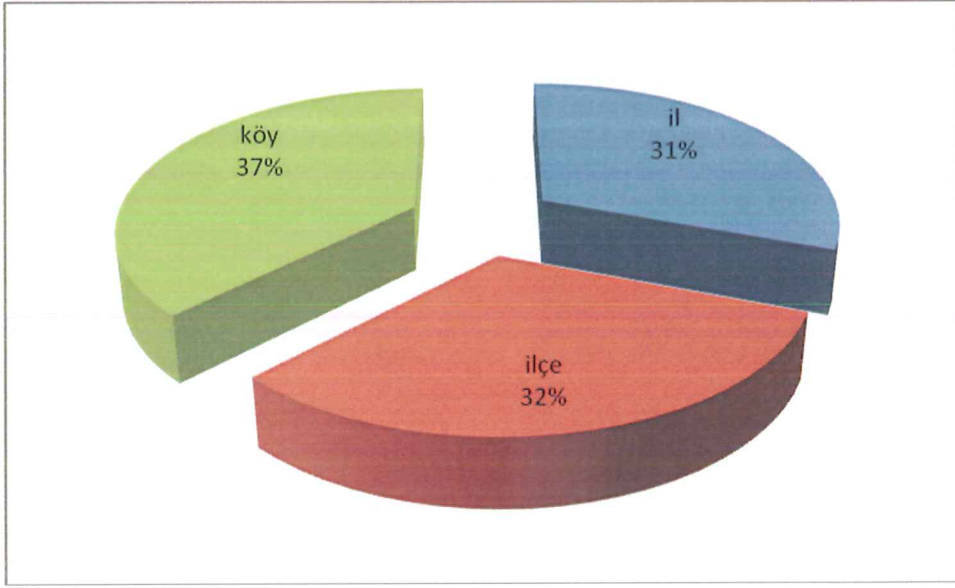
4. BULGULAR

4.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamına alınan bakım vericilerin yaş ortalaması $37,24 \pm 11,68$ olup en düşük yaş 18 en yüksek yaş 65'dir (medyan 37). Bu bakım vericilerin %56,4'ü kadın, %43,6'sı erkektir. Bakım verenlerin %43,6'sı hastanın çocuğu, 17,0'ı eşi, %9,7'si anne veya babası ve 29,7'si diğer akrabasıdır. Bakım verenlerin %71,3'ü evli, %28,7'si bekârdır. Bu bakım verenlerin %71,3'ünün çalışmadığı, %49,2'sinin ilköğretim mezunu olduğu, %91,8'inin sosyal güvencesinin olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

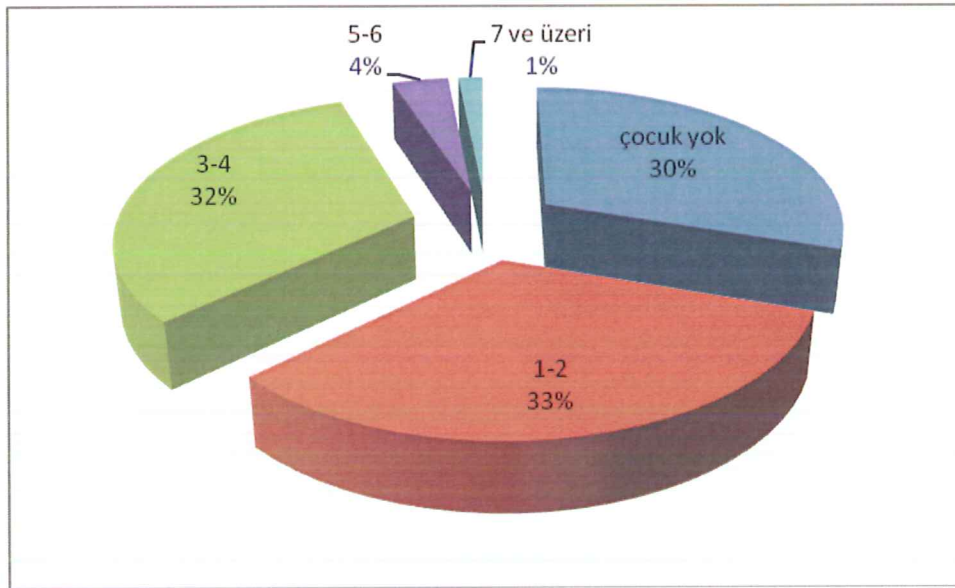
Tablo 2. Bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

Özellikler	Sayı	%
Cinsiyeti		
Kadın	110	56,4
Erkek	85	43,6
Yakınlık Derecesi		
Hastanın çocuğu	85	43,6
Hastanın eşi	33	17,0
Hastanın anne veya babası	19	9,7
Hastanın diğer akrabası	58	29,7
Medeni Durumu		
Evli	139	71,3
Bekar	56	28,7
Çalışma Durumu		
Tam gün çalışıyor	46	23,6
Yarım gün çalışıyor	10	5,1
Çalışmıyor	139	71,3
Eğitim Durumu		
Okur-Yazar	14	7,2
İlköğretim	96	49,2
Ortaöğretim	59	30,3
Yükseköğretim	26	13,3
Sosyal Güvencesi		
Var	179	91,8
Yok	16	8,2



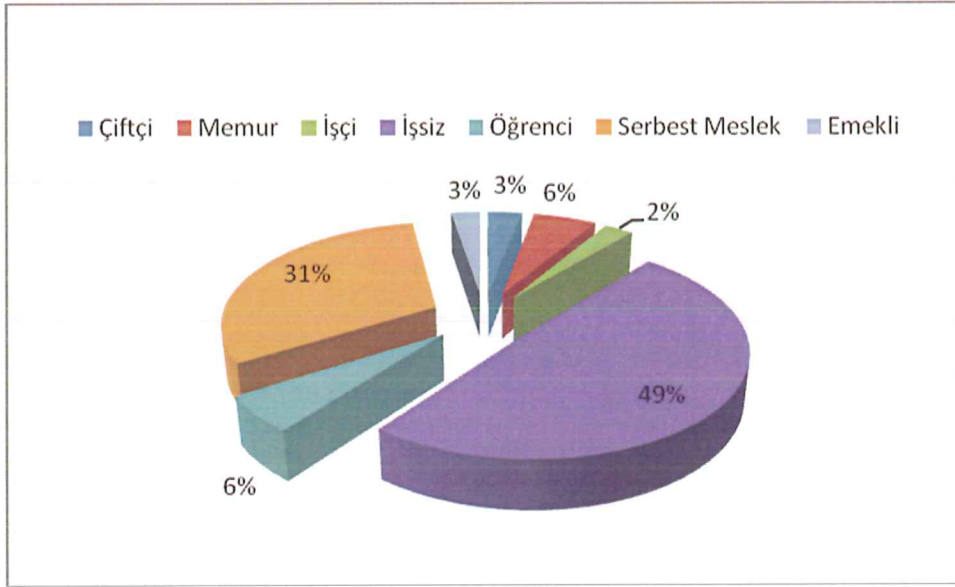
Şekil 3. Bakım verenlerin yaşadıkları yere göre dağılımı

Bakım verenlerin yaşadıkları yere göre dağılımına bakıldığında çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin %37,4'ünün köyde, %31,8'inin ilçede, %30,8'inin ise ilde yaşadığı belirlenmiştir (Şekil 3).



Şekil 4. Bakım verenlerin çocuk sayısına göre dağılımı

Bakım verenlerin çocuk sayısına göre dağılımına bakıldığında %33'ünün 1-2, %32'sinin 3-4 çocuğunun olduğu, %30'unun çocuğunun olmadığı, %4'ünün 5-6 çocuğunun olduğu, %1'inin 7 ve üzeri çocuğu olduğu belirlenmiştir (Şekil 4).



Şekil 5. Bakım verenlerin mesleklerine göre dağılımı

Bakım verenlerin mesleklerine göre dağılımına bakıldığında %31.1'inin serbest meslek yaptığı, %5,6'sının memur, %5,6'sının öğrenci, %3,1'inin çiftçi, %2,6'sı işçi, %2,6'sı emekli ve %49,2'sinin işsiz olduğu görülmektedir (Şekil 5).

Bakım verenlerin bakım verme değişkenlerine göre dağılımında bakım verenlerin %57,9'unun 6 ay-1 yıl, %23,1'inin 1-2 yıl, %6,7'sinin 2-3 yıl, %12,3'ünün 3 yıl ve üzeri sürede bakım verdiği ve %40'ının daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verdiği, %60'ının bakım vermediği bulunmuştur. Bakım verenlerin daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme süresine bakıldığında; bakım verenlerin %22,6'sının 6ay-1 yıl, %4,6'sının 1-2 yıl, %1,5'inin 2-3 yıl, %11,3'ünün 3 yıl ve üzeri sürede bakım verdiği saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım verenlerin bakım verme ile ilgili bazı değişkenlere göre dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Bakım Süresi		
6 ay-1 yıl	113	57,9
1-2 yıl	45	23,1
2-3 yıl	13	6,7
3 yıl ve üzeri	24	12,3
Daha Önce Kanserli Bir Hasta Dışında Başka Bir Hastaya Bakım Verme Durumu		
Evet	78	40,0
Hayır	117	60,0
Daha Önce Kanserli Bir Hasta Dışında Başka Bir Hastaya Bakım Verme Süresi		
6 ay-1 yıl	44	22,6
1-2 yıl	9	4,6
2-3 yıl	3	1,5
3 yıl ve üzeri	22	11,3
Hiç bakım vermedim	117	60,0

4.2. Hastaların Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Hastaların cinsiyete göre dağılımında hastaların % 74,4'ünün (145) erkek, %25,6'sının (50) kadın olduğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Bakım verilen hastaların yaş ortalaması $53,51 \pm 14,91$ (medyan 56) olup en düşük yaş 18 en yüksek yaş 86'dır (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların cinsiyete ve yaşa göre dağılımı

Değişken	Sayı	%
Hastanın Cinsiyeti		
Kadın	50	25,6
Erkek	145	74,4
Toplam	195	100
Hastanın yaşı		
$53,51 \pm 14,91$ (minimum 18; maksimum 86)		

Hasta bireylerin öz-bakım gereksinimlerini karşılama durumlarını değerlendirmeye yönelik sorulara bakım vericilerin verdiği cevaplara göre hastaların %61,0'ı yardımsız yemek yiyebiliyor, %69,2'si tuvalete gidebiliyor, %70,8'i idrarını kontrol edebiliyor, %73,8'i dışkısını kontrol edebiliyor olmasına karşın hastaların %56,4'ü yardımsız giyinemiyor, %66,2'si yardımsız banyo yapamıyor durumdadır (Tablo 5).

Tablo 5. Hastaların öz-bakım gereksinimlerini karşılama durumlarının dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Hasta Yardımsız Yemek Yiyebiliyor Mu?		
Evet	119	61,0
Hayır	76	39,0
Hasta Yardımsız Tuvalete Gidebiliyor Mu?		
Evet	135	69,2
Hayır	60	30,8
Hasta Yardımsız Giyinebiliyor Mu?		
Evet	85	43,6
Hayır	110	56,4
Hasta Yardımsız Banyo Yapabiliyor Mu?		
Evet	66	33,8
Hayır	129	66,2
Hasta İdrarını Kontrol Edebiliyor Mu?		
Evet	138	70,8
Hayır	57	29,2
Hasta Dışkısını Kontrol Edebiliyor Mu?		
Evet	144	73,8
Hayır	51	26,2

Primer aile bakıcılarının bakım verdikleri kanser hastalarının kanser türlerine göre aldıkları tanıların %34,4'ünün akciğer, %12,8'inin meme, %10,7'sinin beyin, %9,2'sinin kolon, %6,7'sinin mide, %3,6'sının pankreas kanseri ve %22,6'sının diğer kanser türleri olduğu bulunmuştur (Tablo 6).

Tablo 6. Hastaların kanser türlerine göre aldıkları tanıların dağılımı

Değişkenler	Sayı	%
Hastanın Tanısı		
Akciğer kanseri	67	34,4
Meme kanseri	25	12,8
Beyin malign tümörü	21	10,7
Kolon kanseri	18	9,2
Mide kanseri	13	6,7
Pankreas kanseri	7	3,6
Diğer kanser türleri	44	22,6
Toplam	195	100

4.3. Bakım Verme Yükü ve Etkileyen Faktörler

4.3.1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verme Yükü

Bu araştırmada bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamaları $39,02 \pm 18,44$ (minimum 14; maximum 88) (medyan 34,45) olarak bulunmuştur (Tablo 7).

Tablo 7. Bakım verenlerin bakım verme yükü puan dağılımları

	Sayı	Ortalama	Medyan	Standart Sapma	Ölçek min. değer	Ölçek max. değer	Bakım verenler min. değer	Bakım verenler max. değer
Ölçek Toplam Puanı	195	39,02	34,45	18,44	0	88	14	88

Bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü ölçeğinden elde edilen puan arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile analiz edilmiş olup, bu ilişkinin önemli olmadığı görülmektedir ($p>0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Bakım verenlerin yaşı ve bakım verme yükü arasındaki ilişki

		Ölçek Toplam Puanı
Bakım Verici Yaşı	r	0,119
	p	0,097
	Sayı	195

Bakım verenin mesleğinin bakım yükünü etkilemediği, KW testi sonucu $p<0,05$ olmasına rağmen Benforroni düzeltmesi yapıldığında meslekler arasında $p<0,002$ ($0,05/\text{test sayısı}$) düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,002$) (Tablo 9).

Bakım verenin eğitim düzeyinin bakım yükünü etkilediği, eğitim düzeyi okuma-yazma düzeyinde olanların bakım yükü puanlarının diğer gruplara göre yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,01$) (Tablo 9).

Bakım verenlerin çocuk sayısının ($p=0,868$), gelir düzeyinin ($p=0,836$), yaşadığı yerin ($p=0,842$) ve çalışma durumunun ($p=0,162$) bakım yükü ölçeği puanlarını etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 9. Bakım verenlerin bazı özelliklerinin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Özellikler	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik	P
Çocuk Sayısı				
1-2 çocuk	39,37	18,25	KW=1,264	0,868
3-4 çocuk	40,51	19,57		
5-6 çocuk	40,14	18,38		
7 ve üzeri çocuk	44,66	36,29		
Çocuk yok	36,64	16,78		
Eğitim düzeyi				
Okur-yazar	47,85	20,79	KW=12,774	*0,005
İlköğretim	38,10	17,99		
Ortaöğretim	42,27	19,12		
Yükseköğretim	30,26	13,58		
Meslek				
Çiftçi	24,33	8,28	KW=12,683	*0,048
Memur	32,27	16,99		
İşçi	30,0	8,86		
Serbest meslek	36,73	14,79		
Emekli	49,60	20,99		
Öğrenci	36,36	18,73		
İşsiz	42,38	20,46		
Gelir düzeyi				
Asgari ücret altı	33,22	10,35	KW=0,858	0,836
Asgari ücret	36,64	10,09		
Asgari ücret üstü	38,46	20,51		
Gelir yok	39,80	19,18		
Yaşanılan yer				
İl	39,45	17,82	KW=0,343	0,842
İlçe	38,69	18,65		
Köy	38,94	18,99		
Çalışma durumu				
Tam gün	35,76	16,75	KW=3,640	0,162
Yarım gün	43,10	14,20		
Çalışmıyor	39,80	19,18		

*p<0,05

Çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin cinsiyetinin ($p=0,346$) ve medeni durumunun ($p=0,722$) bakım verme yükü puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 10).

Tablo 10. Bakım verenlerin cinsiyetinin ve medeni durumunun bakım yüküne etkisine ait bulgular

Özellikler	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Cinsiyet				
Kadın	40,65	19,59	U=4307,0	0,346
Erkek	36,90	16,71		
Medeni durum				
Evli	39,32	18,57	U=3765,0	0,722
Bekar	38,26	18,24		

Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesinin bakım yükü puanlarını etkilemediği, KW testi sonucu $p<0,05$ olmasına rağmen Benforroni düzeltmesi yapıldığında hastaya yakınlık dereceleri arasında $p<0,008$ ($0,05/\text{test sayısı}$) düzeyinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0,008$) (Tablo 11).

Tablo 11. Bakım verenlerin hastaya yakınlık derecesinin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Hastaya yakınlık derecesi	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik	P
Anne-Babası	39,73	14,53	KW= 10,172	*0,017
Çocuğu	34,56	16,44		
Eşi	41,33	15,98		
Akrabası	44,0	22,15		

*** $p<0,05$**

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin sosyal güvencesinin bakım verme yükü puanlarını etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 12).

Tablo 12. Bakım verenlerin sosyal güvencesinin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Sosyal güvence	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Var	38,41	17,52	U=1294,0	0,523
Yok	45,75	26,49		

Bakım verenlerin hastaya bakım verme sürelerinin bakım yükü puanlarını etkilediği, “6 ay-1 yıl” süresince bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,001$) (Tablo 13).

Tablo 13. Hastaya bakım verme süresinin bakım yükü puanlarına etkisine ait bulgular

Bakım Verme Süresi	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik	P
6 ay-1 yıl	34,15	13,95	KW= 18,085	*0,000
1-2 yıl	48,37	21,04		
2-3 yıl	47,30	21,55		
3 yıl ve üzeri	39,91	22,42		

*** $p<0,001$**

Daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme durumunun bakım verme yükünü etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p= 0,424$; $p>0,05$) (Tablo 14).

Daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme süresinin bakım yükünü etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p=0,906$; $p>0,05$).

Tablo 14. Kanser olmayan hastaya bakım verme deneyiminin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Kanser dışında bir hastaya bakım verme deneyimi	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	P
Evet	40,00	18,84	U=4254,5	0,424
Hayır	38,36	18,21		

4.3.2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ve Bakım Verme Yükü

Hastanın cinsiyetinin bakım verenin bakım yükü puanını etkilediği, kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının erkek hastalara bakım verenlerden yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,034$; $p<0,05$) (Tablo 15).

Tablo 15. Hastanın cinsiyetinin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Özellik	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	p
Hastanın Cinsiyeti				
Kadın	43,12	18,94	U= 2897,5	*0,034
Erkek	37,60	18,11		

*** $p<0,05$**

Hasta yaşı ile bakım verme yükü ölçek puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi sonucuna göre negatif yönde olmasına karşın önemli değildir ($r=-0,06$, $p=0,402$; $p>0,05$) (Tablo 16).

Tablo 16. Hasta yaşı ve bakım verme yükü arasındaki ilişki

		Ölçek Toplam Puanı
Hasta Yaşı	R	-0,06
	P	0,402
	Sayı	195

Araştırma kapsamındaki hastaların yapabildiği aktivitelere göre bakım verenlerin bakım verme yükü dağılımına bakıldığında hastalarda yardımsız yemek yiyebilme, giyinebilme ve banyo yapabilmenin bakım yükü puanını etkilemediği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 17).

Hastaların yardımsız tuvalete gidebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediği, yardımsız tuvalete gidebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının gidemeyen hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($U= 2675,5$; $p<0,001$) (Tablo 17).

Hastaların dışkısını kontrol edebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediği, dışkısını kontrol edebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının kontrol edemeyen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanına göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu bulunmuştur ($U= 2303,0$; $p<0,001$) (Tablo 17).

Hastaların idrarını kontrol edebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediği, idrarını kontrol edebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının kontrol edemeyen hastalara bakım verenlere göre daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri düzeyde anlamlı olduğu sonucu bulunmuştur ($U= 2560,0$; $p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo 17. Hastaların yapabildiği aktivitelerinin bakım yüküne etkisine ait bulgular

Özellikler	Ortalama	Standart sapma	İstatistik	p
Yardımsız yemek yiyebilme				
Evet	37,68	17,57	U= 4084,0	0,254
Hayır	41,11	19,65		
Yardımsız giyinebilme				
Evet	36,61	16,66	U=4121,5	0,157
Hayır	40,81	19,57		
Yardımsız tuvalete gidebilme				
Evet	35,80	16,70	U=2675,5	*0,000
Hayır	46,26	20,19		
Dışkısını kontrol edebilme				
Evet	35,96	16,74	U=2303,0	*0,000
Hayır	47,64	20,37		
İdrarını kontrol edebilme				
Evet	35,61	16,20	U=2560,0	*0,000
Hayır	47,26	20,93		
Yardımsız banyo yapabilme				
Evet	35,56	14,91	U=3709,0	0,142
Hayır	40,79	19,82		

***p<0,001**

Hastaların tanısına göre bakım verme yükü puanları incelenmiş, pankreas kanserli hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puanları diğerlerine göre yüksek olmasına karşın hastaların tanısının bakım verenlerin bakım yükü puanlarını etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p=0,818$; $p>0,05$) (Tablo 18).

Tablo 18. Hastanın tanısının bakım yüküne etkisine ait bulgular

Tanı	Ortalama	Standart Sapma	İstatistik	P
Akciğer Kanseri	37,26	17,75	KW= 2,927	0,818
Meme Kanseri	40,40	20,80		
Pankreas Kanseri	46,14	17,36		
Kolon Kanseri	40,72	19,86		
Beyin Tümörü	38,90	20,71		
Mide Kanseri	42,30	21,07		
Diğer	38,15	16,36		

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırmadan elde edilen bulgular doğrultusunda bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım verme değişkenlerine ilişkin bulgular ve bunların bakım verme yükü üzerine etkisi tartışılacaktır.

5.1. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Değişkenlerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım verme değişkenlerine ilişkin bulgular tartışılacaktır.

Bu çalışmada bakım verenlerin yarıdan fazlasını (%56,4) kadınlar oluşturmaktadır. Şahin ve ark. (2009)'ın kemoterapi alan hastalara bakım verenler ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin %65'i, Temizer (2009)'in inmeli hastalara evde bakım veren aile üyeleri ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin %83,8'i kadındır. Uğur ve Fadiloğlu (2006), Yaşar (2008), Babaoğlu ve ark. (2003) ve Çetinkaya (2006)'nın çalışmalarında bakım verenlerin çoğunluğunu kadınlar oluşturmaktadır. Siegel ve ark. (1991)'in çalışmasında ise kanser hastalarına bakım verenlerin %71'i kadındır. Bu bulgular dünyada ve ülkemizde hasta bakımında kadınların oranının yüksek olduğunu ve bakım verme sorumluluğunun kadınlara yüklendiğini göstermektedir. Bu durumun nedeni kadınların erkeklere oranla çalışma hayatında daha az yer alması ve kadının geleneksel olarak ev işleri ve aile yaşantısıyla ilgilenen kişi olarak görülmesi olabilir. Ayrıca kadının annelik rolünden dolayı bakım verme işlevinin zorluklarıyla erkeklerden daha kolay başa çıkması onların bakım verme işlevine daha uygun görülmelerinin nedeni olabilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %43,6'sı hastanın çocuğu, %17,0'ı hastanın eşidir. Alptekin (2007)'in onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastalarının evde bakım vericileri ile yaptığı çalışmada bakım verenlerin %36,5'i, Şahin ve ark. (2009)'ın Kemoterapi Kür Polikliniğinde ayaktan kemoterapi alan hastalara bakım verenlerle yaptığı çalışmada bakım verenlerin %55,6'sı hastanın çocuğudur. Uğur (2006)'un onkoloji hastasına evde bakım verenlerle yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin %26'sının eşine bakım verdiği ve bakım konusunda %22'sinin çocuklarından yardım aldığı saptanmıştır. Araştırmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın çocuğu

konumunda olmasının nedeni, bakım işleminin Radyasyon Onkolojisi Servisinde yatan kanser hastasına uygulanıyor olması, bu durumun hastaya refakat etme durumunu doğurması ve hastanede kalan bakım verici aile üyesinin hastanın tedavi ve bakımında ihtiyaç duyulan bazı ilaç, malzeme, kan ürünleri vb ihtiyaçlarının temininde yardımcı alınacak ilk kişi olma, prosedürlerle ilgilenme, hasta radyasyon tedavi ünitesine götürülürken ona refakat etme gibi yerine getirmesi gereken görevlerinin olması nedeniyle bunları gerçekleştirirken sorun yaşamayacak fiziksel yeterliliğe sahip kişilerin bakımı üstlenmesi olabilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin %71,3'ünün belirli bir işte aylıklı olarak çalışmadıkları görülmektedir. Siegel ve ark. (1991) 'ın çalışmasında bakım verenlerin %54'ü, Şahin ve ark. (2009)'ın ve Temizer (2009)'in çalışmasında bakım verenlerin yarıdan fazlası çalışmamaktadır. Çalışmayan grubun %66,2'sini kadınlar oluşturmaktadır ve çalışmaya katılan kadınların %79,1'i belirli bir mesleğe sahip değildir. Hasta ailelerinin hastaya bakım verme döneminde çalışmamalarından dolayı bakım verme işlevinin aile ve topluma maliyeti çok yüksek olabilmektedir (Özdemir ve ark., 2009). Bizim toplumumuzda genellikle bakım sorumluluğu hem eve maddi kazanç getirisi olmaması hem de sosyal rolünden dolayı kadının sorumluluğuna bırakılmaktadır. Gelecek yıllarda kadının çalışma hayatında yer almasında olabilecek muhtemel artış, özellikle evde hasta bakımı konusunda dünyada ve ülkemizde sorun yaratabilir. Diğer yandan çalışmama aile bütçesi ve ülke ekonomisini olumsuz etkilemektedir ve ekonomik yükleri beraberinde getirmektedir. Çalışmamızın sonuçlarına göre de gelir getirici bir işte çalışan (%28,7) bakım verenlerin %15,4'lük kısmı asgari ücret üstü bir gelire sahiptir. Belli bir işte çalışmayan aile bireylerinin hasta bakımında daha fazla görevlendirildikleri söylenebilir. Çalışmamızda herhangi bir işte çalışmayan grubun %40,3'ünü hastanın çocukları oluşturdukları için bu durum, bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın çocuğu olmasını da açıklayabilir. Araştırmanın sonuçları yapılan çalışmalarla uyumludur (Uğur, 2006).

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin %71,3'ü evlidir. Temizer (2009)'ın yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin %95'i, Siegel ve ark. (1991)'ın çalışmasında %81'i evlidir. Bakım verenlerin medeni durumları diğer çalışmalarla uygunluk göstermektedir. Bakım verenlerin çocuk sayısı incelendiğinde %33'ünün 1-2

çocuğu olduğu ve %37'sinin 3 ve daha fazla çocuğu olduğu gör÷lmektedir. Şahin (2009)'ın çalışmasında bakım verenlerin %41'i 2 ve daha fazla çocuğa sahiptir. Evli olmak ve çocuk sahibi olmak bakım vermenin sorumluluklarıyla daha etkin baş edebilmeyi sağlayabilir.

Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin yaş ortalaması $37,24 \pm 11,68$ 'dir (minimum 18-maksimum 65). İnci (2006)'nin çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalaması $36,95 \pm 10,79$ 'dir. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunluğunun hastanın çocuğu olması bakım verenlerin yaş ortalamasının düşüklüğünü açıklayabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yarıdan fazlası (%56,4) diğerk çalışmalarla benzer olarak okuryazar/ilköğretim mezunudur (Babaoğlu ve Öz, 2003; Alptekin, 2007). Şahin ve ark. (2009)'ın çalışmasında bakım verenlerin %50'si okuryazar/ilköğretim mezunudur. Bu durum bakım verenlerin çoğunluğunun kadın ve çalışmayan kişilerden oluşmasını açıklayabilir. Eğitim seviyesi yüksek olmayan kişilerin çalışma hayatında daha az olması bakım verme işlevine uygun gör÷lmelerinin nedeni olabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunun (%37,4) ikamet yerinin köy olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın yapıldığı hastaneye bağılı Radyasyon Onkolojisi Servisi şehir merkezindedir, genel durumu ve ikamet yeri gidiş geliş yapabilmesine engel olmayan kanser hastaları ayaktan tedavi alabilmektedir. Yatarak tedavi alan hastaların çoğunluğunun ya ikamet yeri hastaneye uzaktır ya da hastanın genel durumu iyi değildir. Araştırma kapsamına Radyasyon Onkoloji Servisinde yatarak tedavi alan kanser hastalarına bakım verenler alınmıştır. Bu durum çalışmaya dahil edilen hastaların aile bireylerinin (bakım veren) çoğunluğunun ikamet yerinin köyde olmasını açıklayabilir.

Bakım verenlerin %57,9'u "6 ay-1 yıl"dır, %23,1'i "1-2 yıl"dır hastaya bakım verdiklerini ifade etmişlerdir. Şahin ve ark. (2009)'ın çalışmasında bakım verenlerin %48,3'ü 0-6 ay, %25,4'ü 7-13 ay arasında bakım vermektedir. Bizim çalışmamızda 'en az 6 aydır bakım veriyor olma' kriteri olduğundan 0-6 ay arası bakım verenler araştırma kapsamına alınmamıştır. Uğur (2006)'un çalışmasında bakım verenlerin %98'inin daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme deneyimi yaşamadığı

buna rağmen %54'ünün hastası haricinde başka bir hastaya bakmakla da yükümlü olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %40,0'ı daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım vermiştir ve bunların %22,6'sını 6ay-1yıl, %11,3'ünü 3 yıl ve üzeri bakım verenler oluşturmaktadır. Daha önce bakım verme deneyimi olan bu grubun %56,4'ünü kadınlar oluşturmaktadır. Çalışmamızda kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verenlerin çoğunluğunu kadınların oluşturması ile ilişkili olarak, hastalık farkı olmadan kadınların bakım verme işlevinde erkeklere oranla daha aktif rol aldığı ve başka hastaya da bakım verme durumu söz konusu olduğunda bakım verme deneyimi olan bu kişilerin öncelikle tercih edildiği söylenebilir.

Hastaların %74,4'ünü erkek hastalar oluşturmaktadır ve yaş ortalamaları $53,51 \pm 14,91$ 'dir. Alptekin (2007)'in çalışmasında bakım alan hastaların yaş ortalaması $56,4 \pm 11,4$ 'dür. Babaoğlu ve Öz (2003)'ün çalışmasında da hastaların %66'sının erkek olduğu bulunmuştur ve hastaların %72'si 46 yaş ve üzerindedir. Uğur ve Fadiloğlu (2006)'nın çalışmasında hastaların %44'ü 59 yaş ve üzerindedir. Kanserlin klinik özelliklerine bakıldığında, her yaşta görülmesine rağmen görülme sıklığı yaşla birlikte artan bir hastalık olması araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının ileri yaşlarda olmasını açıklayabilir. Elde edilen sonuç literatürle uyumludur.

Bireylerin öz-bakım gereksinimlerini karşılama durumlarını değerlendirmeye yönelik sorulara bakım vericilerin verdiği cevaplar incelendiğinde; bakım verdikleri hastaların çoğunlukla yemek yeme (%61,0), tuvalete gitme (%69,2), idrarını (%70,8) ve dışkısını (%73,8) kontrol etme aktivitelerini yardımsız gerçekleştirebildiklerini buna rağmen giyinebilme (%56,4) ve banyo yapabilme (%66,2) aktivitelerini yardımsız gerçekleştiremediklerini belirtmişlerdir. Alptekin (2007)'in çalışmasında bakım verilen kanser hastalarının yardımsız yapabildiği günlük yaşam aktivitelerine bakıldığında; %94,4'ünün yemek yiyebilme, %88,9'unun tuvalete gidebilme, %98,4'ünün idrarını kontrol edebilme, %92,9'unun dışkısını kontrol edebilme, %85,7'sinin giyinebilme ve %60,3'ünün banyo yapabilme aktivitelerini gerçekleştirebildiği belirlenmiştir. Yaşar (2008)'in Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı olan bireyler ve bakım vericileri ile yapılan çalışmada hastaların çoğunluğu yeme/içme, tuvalete gitme, banyo-yıkama, giyinme-çeki düzen aktivitelerini bağımsız gerçekleştirebildiklerini belirtmişlerdir.

Çalışmamızda kanser hastalarının çoğunluğunun giyinebilme ve banyo yapabilme aktivitelerini bağımsız gerçekleştiremiyor olması, çalışmamızdaki kanser hastaları için bu aktivitelerin daha zorlayıcı olduğunu gösterebilir ve bu zorluğun hastalığın ilerleme süreci ve tedavinin yan etkilerine bağlı gelişebileceği söylenebilir.

Araştırma kapsamına alınan kanserli hastalarda ilk sırayı %34,4 ile akciğer kanserli hastalar almaktadır. Koç (2010)'un aktardığına göre 2005 yılında Türkiye'de görülen ilk on kanser türünün insidans değerlerine göre sıralanışında ilk sırayı akciğer ve bronş kanserleri almaktadır. Elde edilen sonuç literatürle uyumludur.

5.2. Bakım Verenlerin ve Hastaların Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Verme Değişkenlerinin Bakım Verme Yüğü Üzerine Etkisine Ait Bulguların Tartışılması

Bu bölümde bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım verme değişkenlerinin bakım verme yüğü üzerine etkisine ait bulgular tartışılacaktır.

Bu çalışmaya göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin puan ortalaması $39,02 \pm 18,44$ (14-88) olarak elde edilmiştir. Temizer (2009)'ın çalışmasında deney grubu bakım vericilerin ön test puan ortalaması $48,50 \pm 13,35$, son test puan ortalaması $42,67 \pm 10,41$ olarak bulunmuş; kontrol grubu bakım vericilerin ön test puan ortalaması $52,20 \pm 12,93$, son test puan ortalaması $57,15 \pm 7,72$ bulunmuştur. Şahin ve arkadaşları (2009) kemoterapi alan hastalara bakım verenlerle yaptıkları çalışmada kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım yükünün arttığını saptamışlardır. Bakım verenlerin bireysel baş etme yeteneklerinin, bakım sürecini algılayış biçiminin, öz yeterliliğinin ve öz yeterlilik algısının, sosyal desteklerin bakım yüküne etkisi olabileceği düşünülmektedir. Buna göre çalışmamıza katılan ve bakım yükü olan bakım verenlerin baş etme yeteneklerini kullanmakta yetersiz, bakım sürecini algılayış biçiminde sorunlar yaşayan, bakım konusunda bilgi eksiklikleri olan, kendilerini bakım verme konusunda yeterli donanımda görmeyen ve yeterli sosyal destek alamayan kişilerden oluştuğu söylenebilir. Uğur ve Fadiloğlu (2006) kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün yaşa, cinsiyete, medeni duruma, eğitim düzeyine, ekonomik ve çalışma durumuna ve hasta bakımında deneyimli olma durumuna göre değişebileceğini belirtmektedir.

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin yaş ortalamaları $37,24 \pm 11,68$ 'dir. Şahin ve ark. (2009)'ın çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalamaları $45,5 \pm 13,5$ 'dir. Bakım verenlerin yaş ortalamasının düşük olması, hasta bakımının etkinliğinin artmasını sağlayabilir ve bakım verme işlevinin getirdiği fiziksel zorluklarla baş etmede kolaylık sağlayabilir. Şahin ve ark. (2009)'ın çalışmasında yaş grupları ile bakım verme yükü ölçek puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=0,223$) ($p>0,05$). Yüksel ve ark. (2007) parkinson hastalarının bakıcıları ile yaptığı çalışmada, bakıcı yaşı ve cinsiyetine göre değerlendirme yaptıklarında istatistiksel olarak anlamlılık içermese de kadınların ve ileri yaştakilerin daha fazla yük altında olduğunu gördüklerini ifade etmişlerdir. Çalışmamızda da bakım verenin yaşı ile bakım verme yükü arasındaki ilişki önemli bulunmamıştır ($p=0,097$; $p>0,05$). Buna göre araştırmaya katılan bakım verenlerin hissettikleri bakım yükünün yaş ile açıklanamayacağı söylenebilir.

Bizim çalışmamıza katılan bakım verenlerin de mesleklerinin bakım yükünü etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,002$). Alpteker (2008)'in çalışmasında bakım verenlerin mesleği ile bakım yükü arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Elde ettiğimiz sonuca göre çalışmamıza katılan kanser hastasına bakım verenlerin bakım yükünün meslekleriyle açıklanamayacağı söylenebilir.

Çalışmamızda eğitim durumunun bakım yükünü etkilediği ve aradaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,005$; $p<0,05$). Iconomou ve ark. (2001) çalışmalarında daha düşük eğitim seviyesine sahip olan bakıcıların daha yüksek eğitim seviyesi olanlara göre daha fazla duygusal stres yaşadıklarını, yaşamları üzerinde daha fazla etki olduğunu ve daha kötü fiziksel sağlıkta olduklarını bildirmişlerdir. Bu bulgulara göre; eğitilmiş kişilerin iletişim ve problem çözme becerilerine ve finansal kaynağa sahip olma olasılığı daha yüksektir. Bunun neticesinde bakımın psikolojik ve fiziksel yükü ile daha kolay baş edebilir ve yükün boyutları artmadan çözüm yolları bulabilirler. Düşük eğitilmiş kişiler ise stres yönetimi konusunda yetersiz olabileceğinden bu kişiler bakımın fiziksel, sosyal, psikolojik ve ekonomik yükü ile başa çıkmakta başarısız olabilirler. Ayrıca eğitim seviyesi ile sosyalleşmenin paralel olduğu düşünülmektedir (Yaşar, 2008). Buna göre eğitim seviyesi düşük kişilerin daha eğitilmiş kişilere göre bakım

sürecinin yürütülmesinde hemşire ve diğer sağlık personellerinden bilgi veya diğer destekleri almakta sıkıntı yaşayabilecekleri düşünülmektedir.

Bizim çalışmamızda bakım verenin sosyo-demografik verilerine göre bakım yükü ile çocuk sayısı ($p=0,731$), bakım yükü ile gelir düzeyi ($p=0,436$), bakım yükü ile yaşadığı yer ($p=0,842$) ve bakım yükü ile çalışma durumu ($p=0,162$) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Özdemir (2009)'in çalışmasında çocuk sayısına göre bakım verme yükü ölçek puanları karşılaştırılmış, 3 ve daha fazla çocuğa sahip annelerin bakım verme yükü ölçek puan ortalamaları diğer gruptaki annelere göre yüksek bulunmuş fakat aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$). Malak ve Dicle (2008)'nin çalışmasında bakım verenlerin sosyo-demografik verileri incelendiğinde bakım yükü ile ekonomik gelir düzeyi ($p=0,426$) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Şahin (2009)'in çalışmasında bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım yükü ölçek puanı karşılaştırılmış ve çalışma durumu ile arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Elde ettiğimiz sonuçlar literatürle uyumludur.

Malak ve Dicle (2008)'nin çalışmasında bakım yükü ile cinsiyet ($p=0,744$) ve bakım yükü ile medeni durum ($p=0,526$) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu çalışmaya dahil edilen bakım verenlerin cinsiyetinin ($p=0,346$) ve medeni durumunun ($p=0,722$) bakım verme yükü puanlarını etkilemediği, kadınların ve evlilerin bakım verme yükü ölçek puanları erkeklere ve bekarlara göre yüksek olmasına rağmen sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Bizim çalışmamızda kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün bakım verenlerin hastaya yakınlığı ile ilişkisinin olmadığı ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,008$). Alpteker (2008)'in çalışmasında bakım verenlerin hastaya yakınlığı ile bakım verme yükü arasındaki ilişki incelenmiş, bakım verenlerin hastaya yakınlığının bakım yükünü etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Buna göre çalışmamızdaki bakım veren bireylerin bakım yükünün hastaya olan yakınlıkları ile açıklanamayacağı söylenebilir.

Alpteker (2008)'in çalışmasında bakım verenlerin sosyal güvencesi ile bakım verme yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Bizim

çalışmamızda araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin sosyal güvencesinin bakım verme yükü ölçek puanını etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$).

Bizim çalışmamızda bakım verenlerin hastaya bakım verme sürelerinin bakım yükü puanlarını etkilediği, 6 ay-1 yıllık süredir bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının diğer gruplara göre daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0,000$; $p<0,001$). Yüksel ve ark. (2007) çalışmalarında bakım süresi ve bakım yükü arasında anlamlı düzeyde doğru orantı olduğunu ($p=0,032$), bakıcılık süresi uzadıkça bakıcının yükünün de arttığını tespit etmişlerdir. Bakım verilen süre azaldıkça bakım yükünün de azalması literatürle uyumludur. Ayrıca 1-2 yıl bakım verenlerin bakım verme yükü ölçek puanlarının, 1 yıldan daha az ve 2 yıldan daha fazla süre bakım veren gruplardan fazla olması sonucuna göre; hastaya verilen bakımın ilk 1 yıla kadar bakım verenlere yük vermediği, 1. yıldan sonra 2. yıla kadar bakım verenin yük hissettiği ve 2. yıldan sonra yükün azaldığı söylenebilir. Bunda bakım verenlerin ilk 1 yıl hastaya sundukları bakımda baş etme mekanizmalarını kullandıkları, bakımın 1. ve 2. yılları arası bakım verme işlevini bir stresör olarak algıladıkları ve baş etme de yetersiz kaldıkları ve 2. yıldan sonra deneyimlerindeki artışla bakıma adaptasyon sağladıkları ve yine baş etme mekanizmalarını kullanabildikleri söylenebilir.

Daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme durumunun bakım verme yükünü etkilemediği, sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p= 0,424$; $p>0,05$). Daha öce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım verme süresinin de bakım yükünü etkilemediği ve sonucun istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p=0,906$; $p>0,05$). Kanser hastası dışında başka bir hastaya bakım deneyimi olmasının ve bu bakımın süresinin kanserli hastaya verilen bakımın yarattığı yükü etkilemediği söylenebilir.

Yapılan bir çalışmada cinsiyetin bakıcı yükünü etkilediği ve yüksek seviyedeki bakıcı sıkıntısının erkek hastaya bakma ile ilişkisinin olduğu bulunmuştur (Schumacher ve ark., 1993). Bizim çalışmamızda bakım veren bireylerin çoğunluğunu kadınlar, bakım alan hastaların çoğunluğunu erkekler oluşturmasına rağmen kadın hastaya bakım verenlerin bakım verme yükü ölçek puanı, erkek hastaya bakım verenlere göre yüksek

bulunmuştur. Çalışmamızda hastaların cinsiyetlerinin bakım verme yükü puanını etkilediği, arada istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p=0,034$; $p<0,05$). Bakım veren aile bireyi ile kadın hasta arasında olan rol değişikliği ve bunun her iki tarafta algılanış biçimi bakımın yarattığı yükü arttırabilir. Çalışmamızda bakım verenlerin çoğunu oluşturan hastanın çocukları, kadın hastaya (annelerine) bakım verirlerken bakım veren-bakım alan (anne-çocuk) rollerini değiştirmişlerdir. Bunun yanı sıra hastaların ruh sağlığı da bakım verme sürecini etkileyebilecek diğer bir etken olabilir. Ateşçi ve ark. (2003) kanserli hastalarda psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve bu sıklığa etkili olabilecek etmenleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada kadın kanser hastalarında saptanan psikiyatrik bozukluğun erkek kanser hastalarından daha fazla olduğunu bildirmişlerdir. Çalışmaya katılan kanser hastalarından kadın hastalarda olabilecek muhtemel psikiyatrik bir bozukluk bakım verenin bakım verme sürecinde hissettiği yükü arttırabilir.

Araştırmamızda hastaların yaş ortalaması $53,51\pm14,91$ 'dir. Hasta yaşı ile bakım verme yükü ölçek puanı arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi sonucuna göre negatif yönde olmasına karşın önemli değildir ($r=-0,06$, $p=0,402$; $p>0,05$). Çalışmamıza en az 18 yaşındaki kanser hastasına bakım veren 18-65 yaş arasındaki aile bireyleri dahil edilmiştir ve bu bakım verenlerin bakım verme yüklerinin hastanın yaşı ile ilişkili olmadığı söylenebilir. Çalışmamızda hastalara getirdiğimiz yaş sınırlaması ilişkinin önemini azaltmış olabilir.

Araştırma kapsamındaki hastaların yapabildiği aktivitelerine göre bakım verenlerin bakım yüklerine bakıldığında; hastaların yardımsız yemek yiyebilme, giyinebilme ve banyo yapabilmesinin bakım yükü puanını etkilemediği, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0,05$). Buna rağmen hastaların yardımsız tualete gidebilme, dışkısını kontrol edebilme ve idrarını kontrol edebilme aktivitelerini yapabilme durumlarının bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarını etkilediği, yardımsız tualete gidemeyen ($46,26\pm20,19$; $p=0,000$), dışkısını ($47,64\pm20,3$; $p=0,000$) ve idrarını kontrol edemeyen ($47,26\pm20,93$; $p=0,000$) hastalara bakım verenlerin bakım yükü puan ortalamalarının, bu aktiviteleri yapabilen hastalara bakım verenlerden daha yüksek olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,001$). Kanserli bir hastaya bakım vermenin bakım

verene yüklediği sorumluluklara ek olarak bu hastaların yardımsız tuvalete gidebilme, dışkısını ve idrarını kontrol edebilme yeterliliğinde olmamasının, bakım veren bireyin fiziksel ve emosyonel yönden performansını olumsuz yönde etkilediği düşünülebilir.

Çalışmaya dahil edilen kanser hastalarının tanılarının bakım verenin bakım verme yükünü etkilemediği, pankreas kanseri olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü puan ortalamaları ($46,14 \pm 17,36$) diğerlerine göre yüksek olmasına rağmen aradaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$). Araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının radyoterapi, kemoterapi veya destek tedaviden birini veya birkaçını alan hastalardan oluşması ve bu tedavilerin yan etkilerinin tüm kanser türlerinde görülebiliyor olması, farklı kanser türlerine sahip hastalara bakım veren aile bireylerinin birbirine yakın düzeyde sıkıntı (yük) yaşıyor olmasını açıklayabilir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerini belirlemek amacıyla, 02 Şubat 2011-02 Mart 2011 tarihleri arasında Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi Servisinde yatarak tedavi alan kanser hastalarına bakım veren aile bireylerinden araştırmaya katılmaya engel oluşturacak, araştırmadan dışlanmasını gerektirecek bir nedeni olmayan, araştırmaya katılmaya gönüllü olan okur-yazar tüm bakım verenlerle (195 kişi) yapılan bu çalışmada şu sonuçlar elde edilmiştir;

- Araştırmaya dahil edilen bakım verenlerin yaş ortalaması $37,24 \pm 11,68$ olup, %56,4'ünün kadın olduğu ve %71,3'ünün evli olduğu tespit edilmiştir. Bakım verenlerin %43,6'sının hastanın çocuğu olduğu ve %71,3'ünün çalışmadığı, %49,2'sinin ise eğitim durumunun ilköğretim olduğu saptanmıştır (Tablo 2).
- Çalışma kapsamındaki bakım verenlerin %91,8'inin sosyal güvencesinin olduğu (Tablo 2), %37,4'ünün köyde yaşadığı (Şekil 3), %32,8'inin 1-2 çocuk sahibi olduğu (Şekil 4) ve %49,2'sinin belirli bir mesleği olmadığı bulunmuştur (Şekil 5).
- Örneklemi oluşturan bakım verenlerin %57,9'unun hastaya "1-2 yıl"dır bakım verdiği, %60'ının daha önce kanserli bir hasta dışında başka bir hastaya bakım vermediği ve kanser hastasına bakım verenlerin %22,6'sının daha önce kanser hastası dışında başka bir hastaya "6ay-1 yıl" bakım verme deneyimi olduğu saptanmıştır (Tablo 3).
- Araştırma kapsamına alınan kanser hastalarının yaş ortalamasının $53,51 \pm 14,91$ olduğu (Tablo 4), %74,4'ünün erkek (Tablo 4) ve %34,4'ünün akciğer kanseri olduğu saptanmıştır (Tablo 6).
- Hastaların %61,0'ının yemek yiyebilme, %69,2'sinin tuvalete gidebilme aktivitelerini yardımsız yapabildiği, %70,8'inin idrarını ve %73,8'inin dışkısını kontrol edebildiği belirlenmiştir, buna rağmen hastaların %56,4'ünün giyinebilme ve %66,2'sinin banyo yapabilme aktivitelerini yardımsız gerçekleştiremediği belirlenmiştir (Tablo 5).

- Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin “Bakım Verme Yüğü Ölçeğı”ne göre puan ortalaması $39,02 \pm 18,44$ (14-88) olarak elde edilmiştir (Tablo 7).
- Bakım verenin eğitim düzeyinin bakım yükünü etkilediğı, eğitim düzeyi okuma-yazma düzeyinde olanların bakım yükü puan ortalamalarının diğeri gruplara göre yüksek olduğı ve aradaki farkın istatistiksel olarak ileri derecede anlamlı olduğı bulunmuştur ($p < 0,01$) (Tablo 9).
- Bakım verenlerin hastaya bakım verme sürelerinin bakım yükü puanlarını etkilediğı, 6 ay-1 yıl süredir bakım verenlerin bakım verme yükü puanlarının diğeri gruplara göre daha düşük olduğı, aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğı bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 13).
- Hastanın cinsiyetinin bakım verenin bakım yükü puanını etkilediğı, kadın hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının erkek hastalara bakım verenlerden yüksek olduğı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğı bulunmuştur ($p < 0,05$) (Tablo 15).
- Hastaların yardımsız tuvalete gidebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediğı, yardımsız tuvalete gidebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının gidemeyenlere bakım verenlere göre daha düşük olduğı ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğı sonucu bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 17).
- Hastaların dışkıısını kontrol edebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediğı, büyük abdestini kontrol edebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının kontrol edemeyenlere bakım verenlerin bakım yükü puanına göre daha düşük olduğı ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğı bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 17).
- Hastaların idrarını kontrol edebilmesinin bakım verenlerin bakım yükü puanını etkilediğı, idrarını kontrol edebilen hastalara bakım verenlerin bakım yükü puanlarının kontrol edemeyenlere bakım verenlere göre daha düşük olduğı ve aradaki farkın istatistiksel olarak çok ileri derecede anlamlı olduğı sonucu bulunmuştur ($p < 0,001$) (Tablo 17).

6.2. Öneriler

Araştırmamızda elde ettiğimiz bulgular doğrultusunda:

- Eğitim düzeyi düşük seviyede olan bakım veren bireylerin bakım yükü yaşama yönünden risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Hemşireler ve diğer sağlık personelleri tarafından bakım verenlerin eğitim ve bilgi gereksinimlerinin belirlenmesi ve karşılanması, sorunlarının göz ardı edilmemesi,
- Hastaya bakım verme süresinin bireylerin bakım yükünü etkilediği, kısa süredir bakım veren bireylerin bakım yükü yaşama yönünden daha az riskli olduğunun bilinmesi,
- Aktivitelerinde kısıtlılık olan ve kadın kanser hastalarına bakım verenlerin bakım yükü yaşama yönünden risk grubunda olduğunun bilinmesi,
- Bakım verme yükü zamana ve yere göre değişebileceğinden belirli aralıklarla farklı yerlerde veri toplamaya devam edilmesi,
- Hemşirelerin ve sağlık personellerinin bakım verenlerin hastane ortamında karşılaştıkları güçlüklerle başa çıkabilmesi için bakım verenlere danışmanlık yapması,
- Bu konuya ilişkin çalışma planlayan araştırmacıların bakım verenlerin yanı sıra hastaların hastalığının evresi, günlük yaşam aktivitelerini yapabilme düzeyi, hastanın psikiyatrik sorunu ya da öyküsü, hasta ve bakım verenin hastalık öncesi ilişkileri, hastalık ve rol değişimi gibi konuları da değerlendirmesi önerilir.
- Ülkemizde bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler ve gereksinimlerine ilişkin yapılmış çalışma sayısı yeterli değildir. Bu konuya ilişkin daha kapsamlı ve kalitatif çalışma yapılmasına gereksinim olduğu düşünülmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Akdemir N. Kanserin önemi-etiyolojik risk faktörleri ve korunma. Akdemir N, Birol L. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Baskı. 2005; 247.
- Akdemir N. Kanseri tedavileri ve hemşirelik bakımı. Akdemir N, Birol L. Editörler, İç Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı. 2. Baskı, Ankara, Sistem Ofset Baskı. 2005; 275.
- Akşahin A, Çolak D, Altınbaş M. Kanserde psikososyal destek-onkoloğun rolü. Ortadoğu Tıp Dergisi. 2009; 1(1): 22-27.
- Alpteker H, Gökdoğan F. 65 yaş ve üstü bireylere evde bakım verenlerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bolu, Yüksek Lisans Tezi, 2008.
- Alptekin S. Onkoloji polikliniğine başvuran kanser hastalarının evde bakım ihtiyacı ve bakım veren kişilerin yaşam kalitesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun, Uzmanlık Tezi, 2007.
- Armstrong L, Dauncey G, Wordsworth A. Çeviri editörü; Topuz E. Kanser-Salgını Önlemek İçin 101 Çözüm Önerisi- 1. Basım, İstanbul, Alfa Yayınları. 2009; 14-22.
- Ateşçi ÇF, Oğuzhanoglu KN, Baltalarlı B, Karadağ F, Özdel O, Karagöz N. Kanser hastalarında psikiyatrik bozukluklar ve ilişkili etmenler. Turk Psikiyatri Derg. 2003; 14(2):148.
- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. Noropsikiyatr. Ars. 2009; 46: 11.
- Babaoğlu E, Öz F. Terminal dönem kanser hastasına bakım veren eşlerin duygusal ve sosyal sorunları arasındaki ilişki. HEMAR-G. 2003; 2: 24-33.
- Bahar A. Kanser hastalarına psikososyal yaklaşım. Atatürk Üni HYO Derg. 2007a;10(1): 105-110.
- Bahar A. Ölüm sürecinde olan hasta: terminal bakım ve hospis. FSHD. 2007b; 2(6): 149-152.
- Barg F, Nuamah I, Mc Corkle R. Participant characteristics before and 4 months after attendance at a family caregiver cancer education program. Cancer Nurs. 2000; 23 (4): 295-303.
- Bilir N, Aslan D. Dünyada, Türkiye’de ve Hacettepe’de tütün kontrolü çalışmaları. Hacettepe Tıp Dergisi. 2005; 36: 75-79.
- Birol L, Akdemir N, Bedük T. Onkoloji hemşireliği. İç Hastalıkları Hemşireliği. 6. Basım, Ankara, Vehbi Koç Vakfı. 1997; 31-123.

- Burish TG, Redd WH. Symptom control in psychosocial oncology. *Cancer Suppl.* 1994; 74: 1438-1444.
- Canatan A. Kanserin Sosyal Yönleri. Tuncer M. Editör. Türkiye’de Kanser Kontrolü. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı, Koza Matbaacılık. 2009; 305-312.
- Casciato AD, Lowitz BB. Bölüm 1. Temeller. Manavoğlu O. Çeviri editörü, Klinik Onkoloji El Kitabı. 4. Basım(dan çeviri), Ankara, Palme Yayıncılık. 2004; 4-55.
- Chiu L, Lin W, Lam W, Wong M, Lee H. Retrospective Study on the Outcome of Patients Attending Psychogeriatric Day Hospital (PGDH). The hong kong medical diary. 2009; 14(2): 12-15.
- Chou K, Jiann-Chyun L, Chu H. The reliability and validity of the chinese version of the caregiver burden inventory. *Nursing Research.* 2002; 51(5): 324-331.
- Clifford Chao KS, Perez AC, Brady WL. Radyasyon Onkolojisi/Tedavi Kararları. Gemici C, Mayadağlı A, Parlak C. Çeviri Editörleri, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 2004; 1.
- Çetinkaya Y. Kanseri hastalarına bakım verenlerde stres, stres yaratan durumlar ve etkilerinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Uslu R. Kanseri bireylerin fonksiyonel durumları ve algıladıkları sosyal desteğin incelenmesi. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2008; 23(3): 132-139.
- Dinçol K, Eroğlu L, Özkan S ve ark. Erdine S. Editör. Kanserde Palyatif Bakım. 1. Basım, İstanbul; Sandoz Ürünleri A.Ş. 1993; 288-291.
- Elbi H. Kanseri ve depresyon. *Psikiyatri Dünyası.* 2001; 5: 5.
- Erdem M. Yaşlıya bakım verme. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2005; 8(3); 101-106.
- Erdemir F. Bakım verici rolünde zorlanma. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, 2. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi. 2005: 39-44.
- Erdine S. Kanserde palyatif bakımın genel ilkeleri/Kanserde palyatif bakımın organizasyonu. Erdine S. Editör. Kanserde Palyatif Bakım. 1. Basım, İstanbul; Sandoz Ürünleri A.Ş. 1993; 1-292.
- Ertem G, Kakım A, Bulut S, Sevil Ü. Radyoterapi alan hastaların evde bakım gereksinimleri ve yaşam kaliteleri. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009; 2(2).
- Eser S, Olcayto E, Karakılıç H, Karaoğlanoğlu O, Yakut C, Ozalan S, Üçüncü N, Anbarcıoğlu Z, Ergün A, Akın Ü, Yazıcı M, Özdemir R, Özgül N, Tuncer M. Nüfus tabanlı kanseri kayıt merkezleri veri havuzu: sekiz il, 2004-2006 değerlendirilmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanseri Savaş Dairesi Başkanlığı.

- Foxall JM. Burden and health outcomes of family caregivers of hospitalized bone marrow transplant patients. *Journal of Advanced Nursing (JAN)*. 1996; 24: 915-923.
- Garlo K, O'leary RJ, Van Ness HP, Fried RT. Burden in caregivers of older adults with advanced illness. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58:2315-2322.
- Gaston-Johansson F, Lachica ME, Fall-Dickson MJ, Kennedy J. Psychological distress, fatigue, burden of care and quality of life in primary caregivers of patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncol Nurs Forum*. 2004; 31(6):1161-1169.
- Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, DeVoss D, Rahbar M. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncol Nurs Forum*. 2005; 31(6):1107.
- Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, depression and quality of life in caregivers of patients with cancer in late palliative phase. *Ann Oncol*. 2005; 16: 1185-1191.
- Grunfeld E, Coyle D, Whelan T, Clinch J, Reyno L, Earle Cc, Willan A, Viola R, Coristine M, Janz T, Glossop R. Family caregiver burden: results of a longitudinal study of breast cancer patients and their principal caregivers. *CMAJ*. 2004; 170 (12): 1795-1801.
- Güllü İ, Zengin N. Kanserle mücadelede ulusal kanser danışma kurulunun rolü. Tuncer M. Editör. *Türkiye'de Kanser Kontrolü*. Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Koza Matbaacılık. 2009; 9.
- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı EA, Çubukçuoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*. 2010; 21(3): 204.
- Haley WE. Family caregivers of elderly patients with cancer: understanding and minimizing the burden care. *J Support Oncol*. 2003; 1(2): 25-29.
- Haydaroğlu A, Bölükbaşı Y, Özşaran Z. Ege üniversitesinde kanser kayıt analizleri: 34134 olgunun değerlendirilmesi. *Türk Onkoloji Dergisi*. 2007; 22(1): 23.
- Higginson I, Gao W. Caregiver assessment of patients with advanced cancer: concordance with patients, effect of burden and positivity. *Health Qual Life Outcomes*. 2008; 6(42): 2.
- Honea N, Brintnal R, Given B, Colao D. Putting evidence into practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs*. 2008; 12 (3): 507-516.
- Iconomou G, Vagenakis GA, Kalofonos PH. The informational needs, satisfaction with communication and psychological status of primary caregivers of cancer patients receiving chemotherapy. *Support Care Cancer*. 2001; 9: 591-592.

- Iconomou G, Viha A, Kalofonos PH, Kardamakis D. Impact of cancer on primary caregivers of patients receiving radiation therapy. *Acta oncol.* 2001; 40(6): 766-770.
- Irmak MK, Bilgin MG, Sızlan A. Hasta gözüyle kanser. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* 2008; 7(2):169-170.
- Işıkkhan V. Terminal dönemdeki kanser hastalarının ölüm yeri tercihleri. *Türk Onkol Derg.* 2008; 23(1):34-44.
- Işıl Ö, Karaca S. Ölüm yaklaşırken yaşananlar ve söylenecekler: bir gözden geçirme. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi.* 2009;2(1): 83-85.
- İnci HF. Bakım Verme Yüğü Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli, Yüksek Lisans Tezi,* 2006.
- İnci HF, Erdem M. Bakım verme yüğü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. *Atatürk Üni HYO Derg.* 2008; 11(4): 85-95.
- Jonsdottir H. Nursing care in the chronic phase of COPD: a call for innovative disciplinary research. *J Clin Nurs.* 2008; 17(7B): 272-290.
- Kanser tedavisi. <http://www.cancervic.org.au>. 2011. Erişim tarihi: 17.12.2010.
- Karaca H, Berk V, İnanç M, Dikilitaş M, Özkan M. Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı'na 2006-2009 yılları arasında başvuran kanser hastalarının epidemiyolojik değerlendirilmesi. *Sağlık Bilim Derg.* 2011; 20(1): 1-8.
- Kasuya RT, Poglar-Bailey P, Takeuchi R. Caregiver burden and burnout. A guide for primary care physicians. *Postgrad Med.* 2000; 108(7): 119-123.
- Kebudi R. Terminal dönemde kanserli çocuk ve ailesine yaklaşım. *Türk Onkoloji Dergisi.* 2006; 21(1): 38-40.
- Koç H. Kanser epidemiyolojisi ve istatistiksel haritalandırma. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Samsun, Yüksek Lisans Tezi,* 2010. s;14.
- Kömürcü Ş, Özyılkan Ö, Şenler ÇF, Işıkkhan V. Palyatif bakım organizasyonu nasıl olmalı?, Palyatif Bakım Alt Kurulu Raporu. 2009; 1.
- Kömürcü Ş. Türkiye'de palyatif bakım. Tuncer M. Editör. *Türkiye'de Kanser Kontrolü.* Ankara; T.C. Sağlık Bakanlığı Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı, Koza Matbaacılık. 2009; 299-304.
- Kramer JB, Skretny AJ, Milch AR, Finn W. Final transitions: family caregiving at the end of life. *J Palliat Med.* 2005; 8(3): 623-638.
- Kutluk T, Kars A. Kanser Konusunda Genel Bilgiler. T.C. Sağlık Bakanlığı Kanser Ve Savaş Daire Başkanlığı-Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara. 1998; 14-30.

- Kuşçu MK, Dural U, Önen P, Yaşa Y, Yayla M, Başaran G, Turhal S, Bekiroğlu N. The association between individual attachment patterns, the perceived social support and the psychological well-being of Turkish informal caregivers. *Psychooncology*. 2009;18: 927-935.
- Malak TA, Dicle A. Beyin tümörlü hastalarda bakım verenlerin yükü ve etkileyen faktörler. *Türk Nöroşir Derg*. 2008; 18(2): 120-121.
- Mathias S, Bates M, Pasta DJ, Cisternas MG, Feeny D, Patrick D. Use of the health utilities index with stroke patients and their caregivers. *Stroke*. 1997; 28(10): 1888-1894.
- Nijboer C, Triemstra M, Tempelaar R, Sanderman R, Bos AMG. Determinants of caregiving experiences and mental health of partners of cancer patients. *Cancer*. 1999; 86(4): 577-578.
- Nijboer C, Tempelaar R, Sanderman R, Triemstra M, Spruijt RJ, Bos VD. Cancer and caregiving: the impact on the caregiver's health. *Psychooncology*. 1998; 7: 3-13.
- Okçin F. Kanser hastasına bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesi ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi, 2007.
- Okyayuz ÜH. Kanser hastası ve iletişim. Okyayuz ÜH. Editör, Sağlık Psikolojisine Giriş. 1. Basım, Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 1999; 230.
- Özdemir KF, Şahin AZ, Küçük D. Kanserli çocuğu olan annelerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2009; 26:153-156.
- Özer S. Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyol Dern Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*. 2010; 3-6.
- Özkan S. Psiko-Onkoloji. 1. Baskı, İstanbul, Form Reklam Hizmetleri. 2007; 194.
- Özkan S, Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyazon Psikiyatrisi. İstanbul, Roche A.Ş.. 1993; 153.
- Özkan S. Kanser hastasında psikiyatrik ve psikososyal destek. Onat H, Mondel Mn. Editörler, Kanser Hastasına Yaklaşım –Tanı, Tedavi, Takipte Sorunlar-. Nobel Tıp Kitabevleri. 2002; 355-364.
- Sales E. Family burden and quality life. *Qual Life Res*. 2003; 12(1): 33-41.
- Siegel K, Raveis HV, Houts P, Mor V. Caregiver burden and unmet patient needs. *Cancer*. 1991;68:1135-1140.
- Silver JH, Wellman N. Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies. *J Am Diet Assoc*. 2002; 102: 831-836.
- Schereiner AS, Morimoto T, Arai Y, Zarit S. Assessing family caregiver's mental health using a statistically derived cut-off score for the Zarit Burden Interview. *Aging Ment Health*. 2006; 10:107-111.

- Schumacher KL, Dodd MJ, Paul SM. The stress process in family caregivers of persons receiving chemotherapy. *Res Nurs Health*. 1993; 16:395-404.
- Svavarsdottir K. Caring for a child with cancer: a longitudinal perspective. *J Adv Nurs*. 2005; 50(2): 153-161.
- Şahin AZ, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi alan hastalara bakım verenlerin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. *Atatürk Üni HYO Derg*. 2009; 12(2):1-8.
- Teel CS, Duncan P, Laisue M. Caregiving experiences after stroke. *West J Nurs Res*. 2001; 50(1): 53-60.
- Temizer H. İnmeli hastalara evde bakan aile üyelerine verilen hemşirelik girişimlerinin bilgi düzeylerine ve bakım yükünü algılamalarına etkisi. *Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum, Doktora Tezi*, 2009.
- Thomas C, Morris SM, Clark D. Place of death: preferences among cancer patients and their carers. *Soc Sci Med*. 2004; 58(12):2431-2444.
- Tuncer M. Türkiye’de kanser kontrol faaliyetleri ve 2011 hedefleri. *Pharmaceutical Business Review*. 2011; 6(13): 76.
- Turgut F. Ölçme ve Değerlendirme Metotları. *Saydam Matbaacılık*. Ankara. 1990.
- Tüzer V. Kronik hastalıklar ve yeti yitiminde sistemik aile yaklaşımı. *Klin Psikiyatr*. 2001;4: 194-197.
- Uğur OE, Fadıloğlu Ç. Onkoloji hastasına evde bakım verenlerin bakım yükünün incelenmesi. *Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, Doktora Tezi*, 2006.
- Verhey FRJ, Vugt DME, Aalten P, Dassen VMJ, Byrne EJ, Robert P. Caregiver outcomes in disease modifying trials. *J Nutr Health Aging*. 2007; 11(4): 342.
- Wilks ES. Intrinsic spirituality among alzheimer’s caregivers: a pathway to resiliency. *Adv Soc Work*. 2006; 7(1): 67-89.
- Yaşar F. Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Yüksek Lisans Tezi*, 2008.
- Yıldız E. Kanser riskini azaltan ve arttıran faktörler. *Kanser ve Beslenme*. 1. Basım, Ankara; Klasmat Matbaacılık. 2008; 8-15.
- Yüksel G, Varlıbaş F, Karlıkaya G, Şıpka Y, Tireli H. Parkinson hastalığında bakıcı yükü. *Parkinson Hastalığı ve Hareket Bozukluğu Dergisi*. 2007; 10(1-2): 27-28.
- Zarit SH. Family care and burden at the end of life. *CMAJ*. 2004; 170(12): 1811.
- Dünya kanser raporu 2008. Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kanser Araştırmaları Kurumu. Boyle P, Levin B. Editörler, 2008; 15-140.
- Türkçe Sözlük. Türk Dil Kurumu. Ankara. 2005; 185.

8. EKLER

Ek 1- Hastayı ve Bakım Vereni Tanıtıcı Soru Formu

Adı Soyadı:

1.Kaç yaşındasınız?.....

2. Yaşadığınız yer?

- a. il
- b. ilçe
- c. köy

3. Cinsiyet:

a.Erkek b.Kadın

4.Hasta ile olan yakınlık dereceniz:.....

- a.Anne-Babası
- b.Çocuğu
- c.Eşı
- d.Akrabası:....

5.Medeni Durumunuz nedir?

- a.Evli
- b.Bekar (7.soruya geçiniz.)
- c.Dul
- d.Boşanmış
- e.Ayrı yaşıyor

6. Kaç çocuğunuz var?

- a.Çocuk yok
- b.1-2
- c.3-4
- d.5-6
- e.7 ve üzeri

7.Eğitim durumunuz nedir?

- a.Okur yazar
- b.İlköğretim
- c.Ortaöğretim
- d.Yükseköğretim

8.Mesleğiniz nedir?

.....

9. Bağlı bulunduğunuz "Sosyal Güvenlik " kuruluğu aŗaęıdakilerden hangisidir?

- a.Emekli sandığı
- b.SSK
- c.Bağ-kur
- d. Yeŗil kart
- e) zel sigorta
- f)Sosyal güvence yok

10.alıŗma durumunuz nedir ?

- a.Tam gün
- b.Yarım gün
- c.alıŗmıyor (12. Soruya geçiniz)

11.Gelir düzeyiniz ne kadardır ?

- a.Asgari cret altı
- b.Asgari cret
- c.Asgari cret üstü
- d.Diğer:.....

12. Hastanıza hastalığı nedeniyle ne kadar süredir bakım veriyorsunuz?

- a.6 ay- 1 yıl
- b.1-2 yıl
- c.2-3 yıl
- d.3 yıl ve zeri

13.Daha önce kanserli bir hasta dıŗında baŗka bir hastanın bakımı konusunda deneyim yaŗadınız mı?

- a.Evet
- b.Hayır

14.Cevabınız "Evet" ise bu hastaya bakım verme süreniz ne kadardır?

- a. 6 ay- 1 yıl
- b.1-2 yıl
- c.2-3 yıl
- d.3 yıldan fazla

		EVET	HAYIR
15.	Hastanız yardımsız yemek yiyebiliyor mu?		
16.	Hastanız yardımsız giyinebiliyor mu?		
17.	Hastanız yardımsız tuvalete gidebiliyor mu?		
18.	Hastanız büyük abdestini kontrol edebiliyor mu?		
19.	Hastanız idrarını kontrol edebiliyor mu?		
20.	Hastanız yardımsız banyo yapabiliyor mu?		

21. Hastanın tanısı nedir (dosyadan)?

.....

22. Hastanın cinsiyeti (dosyadan)?

.....

23. Hastanın yaşı (dosyadan)?

.....

Ek 2- Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği

Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Sorulara cevap verirken bu ifadelerden size en yakın geleni işaretlemenizi rica ediyoruz.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

12. Yakınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Hastanıza bakarken kendinizi ağır yük altında hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

Ek 3- Bakım Veren Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Sayın Katılımcı,

Bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini anlamanız önemlidir. Eğer bir başka çalışmada da yer alıyorsanız bu çalışmada yer alamazsınız.

Kanser hastalarına bakım vermekle sorumlu kişilerin yaşadıkları güçlüklerin belirlenmesi sağlık personelleri için önemli bir gereksinimdir. Bu çalışma kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik etkilenimlerini belirlemek amacıyla planlanmış bilimsel bir çalışmadır. Çalışmanın adı, ‘Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi’ dir. Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyasyon Onkolojisi servisinde yatan kanser hastalarına bakım veren aile bireyleri çalışmaya alınacaktır. Bunun için hastaya bakım veren kişinin sosyal ve nüfusa ait değişkenleri ve hastanın hastalığına ilişkin değişkenlerin yer aldığı soru formu ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (ZBYÖ) ile araştırmanın verileri toplanacaktır. Bu veriler çalışma için kullanılacaktır. Çalışmanın sonuçları tıbbi yayınlarda yayınlanabilir, ancak sizin kimlik bilgileriniz bu yayınlarda açıklanmayacaktır. Araştırmaya katılmama ve başladıktan sonra devam etmek istemediğinizde bırakma hakkına sahipsiniz. Gönüllünün kendi rızasına bırakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma harici bırakılabiliyorsunuz.

Yukarıdaki gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarda bahsedilen araştırmaya hiçbir baskı altında kalmadan ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün

Adı Soyadı:

İmzası:

Adres,telefon:.....

Açıklamayı yapan araştırmacının

Adı Soyadı:

İmzası:

EK 4- ETİK KURUL ONAYI

T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIBBİ ARAŞTIRMA ETİK KOMİSYONU

Sayı: 385.

02.12.2010

Sayın Yrd.Doç.Dr. Serap SEZGİN

Etik Komisyonumuza sunmuş olduğunuz **Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi** başlıklı Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu 2010/193 Karar nolu Anket çalışması nitelikli araştırma projeniz amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemle ilgili açıklamaları, OMÜ-TAEK yönergesine göre incelenmiş etik açıdan bir sakınca olmadığına, çalışmanın süresi 6 ayı geçerse 6 aylık bildirimlerinin yapılmasına; çalışma tamamlandıktan sonra sonucunun tarafımıza en geç üç(3) ay içerisinde bildirilmesine 30.12.2010 tarihli etik komisyonumuzda oy birliği ile karar verilmiştir

Bilgilerinize arz/rica ederim.


Prof.Dr.Abdülkerim BEDİR
Tıbbi Araştırma Etik Komisyonu
Başkanı

EK 5- ARAŞTIRMANIN YAPILMASI İÇİN KURUM İZNİ

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Sayı : B.10.4.1SM.4.55.0015 – 27246

21./10/2010

Konu:

Oya Sevcan ORAK
Hemşire

“Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi” konulu tez çalışmanızla ilgili olarak Başhekimliğimize vermiş olduğunuz 18.10.2010 tarihli dilekçeniz incelenmiş olup, Radyasyon Onkolojisi Servisimizde Uygulamayı planladığınız çalışmaları yürütmenizde tarafımızca bir sakınca bulunmamaktadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Prof.Dr.Osman GÜLER
Başhekim

Kadıköy Mah. Barış Bulv.No:199 – SAMSUN Ayrıntılı Bilgi İçin:A.GÜNER-Müd.Yard.
Tlf:(0 362) 311 15 00-8510

9. ÖZGEÇMİŞ

Oya Sevcan ORAK, 1985 yılında Samsun'da doğdu. İlköğretimi 1991-1999 Samsun 23 Nisan İlköğretim Okulu'nda, liseyi 1999-2002 Samsun Mithat Paşa Lisesi'nde ve lisansını 2004-2008 Ondokuz Mayıs Üniversitesi Samsun Sağlık Yüksekokulu'nda (yüksekokul ikinciliği ve hemşirelik bölüm ikinciliği dereceleri ile) tamamladı. 2008 yılında Samsun Büyük Anadolu Hastanesi'nde Acil Servis Hemşiresi olarak çalışma hayatına başladı. 2008-2009 öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans programına başladı ve halen adı geçen yerde eğitime devam etmektedir. 2009 yılında Samsun Mehmet Aydın Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne atandı, Radyasyon Onkolojisi Servisinde Onkoloji Servis Hemşiresi olarak çalışmaya başladı ve aynı birimde çalışmaya devam etmektedir.

